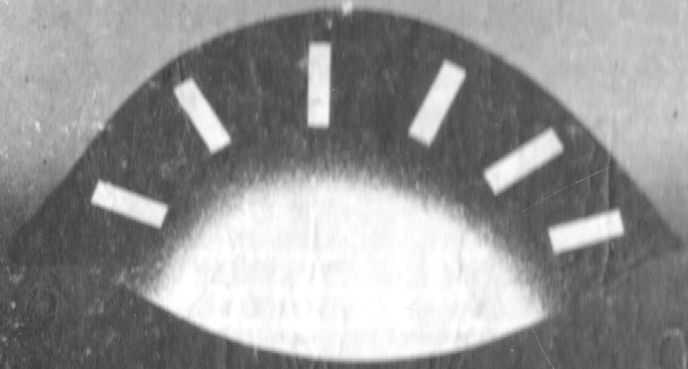
FELICIA ZAMFIRESCU-MĂRGESCU • FLOREA MARIN

RECUPERAREA BOLNAVILOR OCULARI VOL. 1



dacia

Coperta de Tiotiu Epaminonda

FELICIA ZAMFIRESCU-MĂRGESCU
Secția de Oftalmologie
a Spitalului Clinic C.F.R.
Cluj-Napoca

FLOREA MARIN
Oficiul Județean de
Expertiză Medicală și
Recuperare a Capacității
de Muncă Cluj, Spitalul
Clinic de Recuperare
Cluj-Napoca

617.7
Z 25

RECUPERAREA BOLNAVILOR OCULARI

AMBLIOPI, MONOFTALMI ŞI NEVĂZĂTORI

VOL. I.

BIBLIOTECA JUDEȚEANĂ
„GH ASACHI"
IAȘI

513.667

EDITURA DACIA
CLUJ-NAPOCA, 1987

V
1
2014

STRĂDANIE ÎNCHINATĂ CELOR PE CARE ȘTIINȚA ȘI ARTA OFTALMOLOGICĂ NU I-A PUTUT AJUTA DESTUL

PREFAȚĂ

Literatura medicală de specialitate se îmbogățește cu o nouă lucrare, a cărei importanță merită o subliniere aparte.

În timpul din urmă, au apărut mai multe monografii de specialitate din domeniul oftalmologiei, fiecare îmbrățișînd însă anumite aspecte sau capitole importante ale specialității, dar este pentru prima dată cînd este abordat subiectul recuperărilor funcționale în bolile oculare la monoftalmi, ambliopi și nevăzători.

Lucrarea, cu implicații medico-sociale deosebit de importante care depășesc domeniul de specialitate al oftalmologului, nu putea fi efectuată — în condiții bune — numai de oftalmolog, oricît de competent ar fi acesta în domeniul specialității sale, dar căruia îi scapă aspecte importante ale problemei cu care este mai puțin familiarizat.

Monografia prezentă este însă rezultatul colaborării a doi distinși specialiști: un oftalmolog de prestigiu care este zilnic confruntat cu probleme de recuperare medicală a bolnavilor oculari și de încadrare și un cadru superior foarte competent în problemele de recuperare a capacității de muncă a bolnavilor, în general. Tov. Dr. Felicia Mărgescu, medic primar — șef de secție la Spitalul Clinic Regional C.F.R. Cluj, o deosebit de apreciată specialistă, care a activat un număr de ani și în calitate de cadru didactic universitar, are o vastă experiență profesională. Tov. Dr. Marin Florea, medic primar și cadru didactic în probleme de recuperare este o competență în acest domeniu de activitate, avînd la activ numeroase publicații din această specialitate.

Cei doi autori și-au propus — și au reușit — să ducă la bun sfîrșit o muncă deosebit de grea, pentru a pune la îndemîna corpului medical, și în primul rînd a oftalmologilor din țara noastră, o lucrare utilă pentru necesitățile actuale ale dezvoltării societății noastre.

Întreaga lucrare este pătrunsă de ideea de prevenire a îmbolnăvirilor, de preîntîmpinarea complicațiilor și de refacerea funcții-

lor pierdute prin boală sau accident a acestui organ cu o deosebită importanță în procesul de desfășurare a activităților productive.

Așa după cum am spus, lucrarea se adresează în primul rînd oftalmologilor și cadrelor medicale din domeniul recuperărilor funcționale, cărora urmează să le servească drept îndrumător în orientarea lor profesională. Prin intermediul acestora însă, lucrarea se adresează, în egală măsură, și educatorilor, asociațiilor și instituțiilor de nevăzători și ambliopi, precum și familiilor acestor handicapați pentru a cunoaște cît mai temeinic problematica cu care trebuie să se confrunte și pentru a contribui — fiecare de la nivelul său și îndatoririle pe care le are — la o cît mai eficientă desfășurare a procesului dificil de recuperare a bolilor și deficitelor oculare. Lucrarea mai poate servi și ca bază de informare a diferitelor intreprinderi și instituții în vederea unei mai bune înțelegeri și sprijinului ce trebuie acordat handicapaților oculari. Ea mai poate servi și ca material pentru educarea populației în vederea sprijinului acesteia legat de măsurile de reabilitare profesională.

Monografia este formată din două părți principale. În prima parte (Probleme generale privind recuperarea) sînt dezbătute pe larg noțiunile de recuperare a capacității de muncă, a problemelor economice legate de acestea, a metodologiei de explorare a deficienților vizuali, a metodelor de investigare a capacității de muncă, a orientării profesionale a deficienților oculari, precum și probleme de ergooftalmologie în sprijinul reîncadrării în muncă a acestora. În partea a doua (Volumul II, Partea specială), sînt cuprinse problemele speciale privind oftalmologia, cu date concrete asupra posibilităților de recuperare a diferitelor boli și deficiențe, luate fiecare în parte, în funcție de „vederea" (în înțeles larg) pe care o posedă persoana respectivă.

Toate capitolele importante ale lucrării sînt urmate de o bibliografie selectivă, din care nu lipsesc cele mai recente publicații românești sau străine asupra acestui subiect sau asupra subiectelor contingente cu acesta.

Caracterul practic al lucrării reiese din faptul că datele pe care le furnizează pot fi aplicate cu deosebit folos de orice medic specialist, în orice unitate de profil oftalmologic cu o dotare obișnuită. Principala condiție este să existe un interes și o preocupare pentru problemele de recuperare și orientare profesională pe care trebuie să și le însușească toți medicii oftalmologi atît din unitățile ambulatorii cît și din staționare și să nu fie considerate, ca în trecut, doar o obligație a serviciilor și cabinetelor special afectate acestui scop.

Deși cuprinde un material foarte bogat și este scrisă într-un stil concentrat, lucrarea se caracterizează prin claritate, ceea ce o face accesibilă chiar și nespecialiștilor.

Sînt convins că această lucrare meritorie va fi bine primită de corpul medical căruia îi va aduce foloase reale.

Prof. Dr. doc. I. Păcurariu
membru al Academiei de Științe Medicale.

CUPRINS

PARTEA ÎNTÎIA

PREFAȚĂ 5

Explicația prescurtărilor 11

CUVÎNT ÎNAINTE 12

I. NOȚIUNI PRIVITOARE LA RECUPERAREA BOLNAVILOR OCULARI: 15

I.1. *Recuperarea, preocupare a oftalmologiei* 17

Bibliografie selectivă 27

II. SCURT ISTORIC AL OCROTIRII NEVĂZĂTORILOR DIN ȚARA NOASTRĂ ȘI DIN UNELE ȚĂRI STRĂINE 30

II.1. *Asociația nevăzătorilor din țara noastră* 33

II.2. *Filiala Cluj a Asociației nevăzătorilor din țara noastră* 46

II.3. *Relațiile internaționale ale Asociației Nevăzătorilor din R.S.R.* 47

Bibliografie selectivă 55

III. ASPECTE ALE ECONOMICITĂȚII PRIVITOARE LA BOLNAVII OCULARI ȘI RECUPERAREA LOR 58

III.1 *Problema eficienței activității medico-sanitare* 58

III.2. *Cheltuielile suplimentare ale nevăzătorilor* 59

III.3. *Bolile oculare în cadrul morbidității generale* 62

III.4. *Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă prin boli oculare în județul Cluj* 65

III.4.1. Incapacitatea temporară de muncă prin boli oculare 65

III.4.2. Incapacitatea temporară de muncă de lungă durată (I.T.M.) prin boli oculare 66

III.5. *Invaliditatea prin boli oculare* 69

Bibliografie selectivă 82

IV. EXPLORĂRILE MORFOFUNCȚIONALE LA BOLNAVII CU AFECȚIUNI OCULARE 85

IV.1. *Date sumare de anatomie și fiziologie a analizorului vizual* 86

IV.2. *Explorarea morfofuncțională a analizorului vizual* 87

IV.2.1. Examenul clinic 87

IV.2.2. Examenul acuității vizuale 88

IV.2.3. Determinarea refracției oculare statice și a viciilor de refracție . . 91

IV.2.4. Examenul fundului de ochi și determinarea tensiunii în artera centrală a retinei (TACR), respectiv presiunea oftalmică (PAO) . . 92

IV.2.5. Biomicroscopia oculară 100

IV.2.6. Măsurarea cîmpului vizual 102

IV.2.7. Tonometria oculară 104

IV.2.8. Explorarea vederii binoculare 105

IV.2.9. Determinarea simțului cromatic 106

IV.2.10. Determinarea acomodări la vederea de aproape 107

IV.2.11. Explorarea simțului luminos 107

IV.2.12. Explorarea motilității pupilare 108

IV.2.13. Examenul motilității oculare 108

IV.2.14. Alte explorări 109

IV.3. *Simularea și disimularea* 113

IV.4. *Evaluarea deficitului funcțional vizual* 115

Bibliografie selectivă 119

V. EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVII OCULARI 122

V.1. *Probleme generale* 122

V.2. *Metodologia generală a actului de expertiză medicală a capacității de muncă la bolnavii oculari cronici* 123

V.3. *Analiza complexă a locului de muncă* 128

V.3.1. Locul de muncă 128

V.3.2. Determinarea solicitărilor analizorului vizual 129

V.3.3. Oboseala oculară 132

Bibliografie selectivă 140

VI. RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA DEFICIENȚII OCULARI CRONICI 143

VI.1. *Introducere* 143

VI.2. *Serviciile de recuperare din țara noastră* 143

VI.3. *Principiile generale ale recuperării capacității de muncă la bolnavii oculari* 145

VI.4. *Metodologia generală a recuperării capacității de muncă la bolnavi oculari* 149

VI.5. *Combaterea factorilor ce constituie risc de invalidare pentru bolnavii oculari* 152

VI.6. *Acțiuni recuperatorii* 153

VI.6.1. Acțiunile medicale de recuperare 154

VI.6.1.1. Tratamentul medicamentos 154

VI.6.1.2. Corecția optică 157

VI.6.1.3. Tratamentul pleoptic și ortoptic 158

VI.6.1.4. Chirurgia oculară 159

VI.6.1.5. Antrenamentul vizual și fizic 161

VI.6.2. Psihoterapia în activitatea de recuperare a deficienților vizuali . . . 164

VI.6.3. Artterapia 167

VI.6.4. Ergoterapia 168

VI.6.5. Balneofizioterapia 169

VI.6.6. Cultura fizică medicală 170

VI.7. Acțiuni educativ-profesionale de recuperare 175

VI.7.1. Educarea, școlarizarea, selecția și orientarea profesională a tinerilor deficienți oculari (ambliopi, nevăzători și monoftalmi) 175

VI.7.2. Nevăzătorii și cercetarea științifică 192

VI.8. *Acțiuni sociale recuperatorii* 193

VI.8.1. Locul de muncă protejat 195

VI.8.2. Cooperativele pentru invalizi 195

VI.9. *Observații și propuneri privitoare la încadrarea în muncă a ambliopilor și a nevăzătorilor* 198

VI.10. *Particularitățile recuperării la copiii nevăzători* 201

VI.11. *Particularităţile recuperării nevăzătorilor cu cecitate dobîndită la vîrste înaintate* 202
VI.12. *Particularităţile recuperării femeilor nevăzătoare* 204
VI.13. *Probleme biopsihosociale pe care le ridică adesea deficienţii vizuali* . . 207
VI.13.1. Căsătoria tinerilor nevăzători 207
VI.13.2. Folosirea raţională a timpului liber de către nevăzători 209
VI.13.3. Problema capacităţii de conducere auto şi deficienţa vizuală . . . 210
VI.13.4. Probleme medico-sociale ale handicapaţilor (ambliopi şi nevăzători) care lucrează în cadrul cooperativei „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca 212
VI.13.5. Rolul învăţămîntului superior pentru formarea de cadre care să activeze în domeniul expertizei medicale şi recuperării capacităţii de muncă (E.M.R.C.M.) 218
VI.13.6. Necesitatea obiectivă a dezvoltării activităţii de recuperare pentru deficienţii vizuali 218
VI.13.7. Activitatea practică a recuperării capacităţii de muncă a deficienţilor vizuali 220
Bibliografie selectivă 222

VII. OFTALMOERGONOMIA ÎN SPRIJINUL ÎNCADRĂRII ÎN MUNCĂ A DEFICIENŢILOR VIZUALI 230
Bibliografie selectivă 235

VIII. DIN CONFESIUNILE UNOR NEVĂZĂTORI 236
VIII.1. *Gînduri de ieri, gînduri de azi* 236
VIII.2. *Confesiuni* 239
VIII.3. *„Sînt soţie de nevăzător"* 242

Explicarea prescurtărilor sub care sînt cunoscute organizaţiile, unităţile sau colectivele antrenate în recuperarea handicapaţilor oculari, cuprinse în lucrare

ANPEA — Association Nationale des Parents d'enfants aveugles.
CEMCM — Criteriile de expertiză medicală a capacităţii de muncă elaborate de Institutul de Expertiză Medicală şi de Recuperare a Capacităţii de Muncă Bucureşti în colaborare cu Ministerul Muncii, Ministerul Sănătăţii şi cu Academia R.S.R. Ediţiile 1972, 1973, 1978.
CEMRCM — Comisia/Cabinetul de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de muncă.
CJEMRCM — Comisia Judeţeană de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de muncă.
OMPSA — Organisation Mondiale pour la promotion sociale des aveugles.
OMS — Organisation Mondiale de la Sante.
OMT — Organisation Mondiale (Internationale) du Travail.
ONU — Organizaţia Naţiunilor Unite.
UMU — Uniunea Mondială a Nevăzătorilor.
UNESCO — United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation.
UNICEF — United Nations International Childrens's Educational Fund. sau: Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
VOS — Asociaţia nevăzătorilor din Republica Socialistă Federativă Sovietică Rusă.
WBU — World Blind Union.
WCWB — World Council for the Welfare of the Blind.

CUVÎNT ÎNAINTE

Lucrarea a izvorît din dorința de a contribui la reducerea numărului de handicapați oculari din țara noastră și la reabilitarea celor existenți.

Este bine știut că orbirea reprezintă cea mai gravă deficiență a unei ființe; ea nu numai că-i restrînge spațiul cunoașterii și al delectării, dar îi limitează orizontul profesional și adesea situează persoana în imposibilitate de autoservire și autosecuritate făcînd-o strîns dependentă de cei din jur, în final de întreaga societate.

Actul de recuperare a deficienților oculari are unele particularități dintre care enumerăm:

— Invaliditatea apare în multe cazuri la vîrstă tînără, după cum reiese și din analiza statistică prezentată în capitolul III, fapt ce ridică o serie de probleme economice foarte importante;

— Recuperarea trebuie instituită cît mai precoce posibil, chiar din primele ore de boală sau primele luni de viață; șansele ei scad net paralel cu trecerea timpului eficient care de regulă este limitat (traumatismele, afecțiunile congenitale operabile și strabismele sînt numai cîteva exemple);

— În procesul de recuperare, contribuție foarte importantă o au cei care depistează deficitul optic, persoanele care vin în contact cu copiii (membrii familiei, educatorii, cadrele didactice, cadrele medico-sanitare, pediatrii, medicii școlari și medicii igieniști).

Medicul oftalmolog indiscutabil constituie veriga cheie în rezolvarea terapeutică a problemei, dar condiția este ca bolnavul să fie prezentat în timp util. Adesea oftalmologul este silit ca în actul medical — după cum se va vedea din cuprinsul lucrării — să colaboreze cu alte specialități: pediatrie, interne, neurologie, neurochirurgie, anestezie, O.R.L., expertiza evaluării capacității de muncă ș.a.;

— Cadrele pedagogice (defectologi, psihologi), cele profesionale, ambianța familială și societatea în ansamblu vin să-și aducă parte de contribuție în desfășurarea activității utile și a vieții indivizilor cu restant optic redus sau nul. Reiese că recuperarea bolnavilor oculari este un act complex care antrenează o activitate de echipă ce cuprinde cadre medicale, auxiliare și cadre nemedicale, fiecare membru al acesteia fiind solicitat să participe specific în domeniul său de activitate.

În prima parte abordăm recuperarea ambliopilor, monoftalmilor și nevăzătorilor, sub aspectele ei generale, vizînd necesitatea, economicitatea, metodologia de constatare, evaluare și recuperare complexă (medicală, profesională și socială) a handicapaților oculari.

În partea a doua a lucrării, respectiv în volumul al II-lea, orientîndu-ne după deficitul funcțional vizual ce-l pot genera, trecem în revistă principalele afecțiuni oculare care pot produce scăderea definitivă a vederii la 1/3 din normal sau mai marcat, de asemenea afecțiunile generatoare de alterări ale cîmpului vizual, ale adaptării la întuneric, tulburările de fuziune și cele de discriminare a culorilor, subliniind, în acest cadru, elementele de prognostic și terapie, citînd oftalmologii, în primul rînd din țara noastră, care, după cunoștințele noastre, s-au ocupat mai recent sau mai intens de problemele abordate.

Lucrarea de față nu are pretenția de a fi un tratat de specialitate; medicii oftalmologi au competența profesională și surse de informare în specialitate; ea are drept scop să antreneze oftalmologii mai activ în echipa de recuperare, pentru ca astfel să fie mai eficienți economiei naționale. Monografia se adresează în special celorlalte categorii de cadre pe care dorește să le orienteze în depistarea și acțiunea de recuperare a deficienților vizuali.

Plecînd de la convingerea că o vedere bună este condiția esențială în asigurarea educației, profesionalizării și apoi în prestarea unei munci eficiente fără eforturi supraliminare, socotim că nimic nu trebuie precupețit cînd avem drept scop ameliorarea funcțiilor vizuale spre limita lor maximă cît mai precoce posibil, acesta fiind unul din motivele pentru care în partea specială a lucrării s-a acordat un spațiu apreciabil subcapitolului „Ametropii" și capitolului „Strabism".

În țara noastră sînt condiții de realizare a acestui deziderat: asistență sanitară organizată, gratuită, accesibilă, specialiști buni,

școlarizare și profesionalizare gratuită, stare economico-socială în progres.

Iconografia, altfel limitată din motive obiective, urmărește să prezinte aspecte patologice din cele mai sugestive, cu scopul de a convinge asupra agravării afecțiunilor oculare prin neglijarea lor.

Autorii

I. NOȚIUNI PRIVITOARE LA RECUPERAREA BOLNAVILOR OCULARI

DEFINIȚIA NOȚIUNII DE RECUPERARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Termenul de recuperare (R) cunoscut în alte arii geografice sub numele de reabilitare, readaptare, reeducare, metafilaxie, reinserție socială etc., a cunoscut mai multe definiții — inclusiv în cadrul OMS — care au încercat să-i contureze conținutul în mod cît mai complet. Reținem definiția elaborată la a V-a Sesiune științifică a Academiei de Științe Medicale din țara noastră, în ianuarie 1974, în care s-a precizat: „Recuperarea trebuie considerată ca un domeniu de activitate complex medical, educațional și socioprofesional prin care se urmărește restabilirea cît mai completă a capacităților funcționale reduse sau pierdute de către o persoană, ca urmare a unei afecțiuni congenitale sau dobîndite, în urma unor boli sau traumatisme, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservire, respectiv o viață cît mai activă cu independență economică și/sau socială".

Deși orice act medical are în final un scop recuperator, activitatea de recuperare cuprinde preocupări și obiective mai largi care depășesc sarcinile medicinii așa cum se practică ea în mod obișnuit. Pe lîngă obiective medicale, R. cuprinde acțiuni educativ-profesionale și sociale cu o finalitate care urmărește crearea unui nou echilibru biologic, social și profesional care să permită celui handicapat o viață cît mai apropiată de cea a persoanelor valide, să-i asigure independență economică și satisfacții specific umane ce rezultă din participarea sa la viața activă, organizată.

Recuperarea este o activitate pluri- și interdisciplinară, unitară și continuativă cu trei etape: medicală, educativ-profesională și socială. Acestea nu sînt obligatorii pentru fiecare deficient, ele se individualizează în raport cu particularitățile medicale și socio-profesionale ale fiecăruia. Corespunzător celor trei laturi ale recuperării, se conturează trei grupe de mijloace sau trei categorii de acțiuni recuperatorii: medicale, vocațional-profesionale și sociale.

În cadrul vast al recuperării, se impune ca prioritară recuperarea bolnavilor oculari pentru următoarele motive: — există un număr mare de handicapați (consecință a frecvenței și în mod special a gravității afecțiunilor oculare); — handicapul ocular este foarte greu de suportat.

Bolile oculare se situează în țara noastră, în ultimii douăzeci de ani — sub aspectul morbidității cu incapacitate temporară de muncă —, pe o platformă relativ constantă; se evidențiază chiar o ușoară scădere a invalidității, ca urmare a unei asistențe medicale oftalmologice mult îmbunătățită.

S-a modificat profilul patologiei. Bolile infecțioase ale ochiului, în special cele al polului anterior al globului ocular, au tendința de a scădea: trahomul și tuberculoza oculară sînt pe cale de dispariție, în schimb, accidentele oculare grave, bolile degenerative, cu deosebire cele ale polului posterior și glaucomul au o netă tendință de creștere, corespunzătoare creșterii generale a bolilor degenerativ-vasculare-sistemice între care ateroscleroza și diabetul zaharat ocupă un loc central; se remarcă totodată o creștere a frecvenței bolilor oculare ce pot fi atribuite virozelor.

Tendințele de cronicizare a bolilor vasculare oculare și realizarea unui deficit morfofuncțional ocular de durată, le situează pe acestea în cîmpul de acțiune al reabilitării, chiar și atunci cînd nu determină pierderea totală a vederii.

Invaliditatea prin boli oculare a înregistrat la noi o scădere lentă: 5,2% în 1961, 4,8% în 1963, /15/, 2,45% în 1972 /16/, 2,93% în 1979, 3,24% în 1980 și 3,4 în 1984 din invaliditatea generală. Cifra de 3,4% nu este de neglijat mai ales dacă avem în vedere faptul că deficitul vizual și, cu atît mai mult, pierderea vederii, creează un individ dependent de cei din jur.

Datele OMS (1979) și cele din diferite țări arată, că doar 37% din populația globului vede bine cu ambii ochi și că pe întreg mapamondul, există 28 pînă la 42 milioane de nevăzători și se prevede creșterea în continuare a acestora /34/. Prevalența lor se situează, în diferite țări ale lumii, în jur de 0,015% la copii și de 0,5 pînă la 2,7% la adulți.

O analiză efectuată în 1963, pe lotul cu cecitate aparținînd orașului Cluj, arăta că 1/5 din orbiri (19,5%) se datorau unor răniri produse în timpul și din cauza războiului, și 4/5 (80,5%) au apărut ca urmare a unor boli cîștigate /15/.

Retinopatia diabetică avansată — cu proliferare retiniană, cu sau fără dezlipire de retină — dă un număr important de invalidități oculare la o vîrstă din ce în ce mai mică.

Numărul mare de deficiențe vizuale la copii impune tratarea lor aparte.

Lucrarea prezentă are ca fond tematic deficienții vizuali potențiali — adică cei cu afecțiuni oculare grave — și pe cei cu deficiențe constituite, grupați astfel: *ambliopi,* considerați a fi cei la care acuitatea vizuală (AV) — la unul sau ambii ochi — este mai mică de 0,3 (după corecție); *nevăzători,* cei la care AV, la cel mai bun ochi, este sub 0,04 și *monoftalmi.*

Pierderile economice, cauzate de bolile oculare invalidante sînt deosebit de mari atît pentru societate cît și pentru bolnav și familia sa, deoarece, așa cum se cunoaște, semivăzătorii și nevăzătorii necesită cheltuieli sociale și individuale pentru viața de fiecare zi și pentru calificarea lor profesională mai mari decît persoanele valide /14, 28/, fapt care motivează crearea unor condiții ce le-ar permite participarea la viața activă și, atunci cînd este posibil, încadrarea în muncă într-un sistem organizat, aceasta avînd și un efect psihic favorabil.

I.1. RECUPERAREA, PREOCUPARE A OFTALMOLOGIEI

Oftalmologia din trecut, așa cum era practicată în țara noastră, ca de altfel în toate țările, se limita la latura medicală de exclusivă specialitate.

Pentru că actul medical rămîne nucleul recuperării și pentru meritul de a fi organizat și desfășurat o asistență oftalmologică de înaltă calitate, am socotit necesar să punctăm cîteva date și cîteva nume de predecesori.

Preocupări, atestate documentar, pentru asistarea bolnavilor oculari și pentru organizarea învățămîntului de oftalmologie sînt la noi mai vechi decît un secol /7/.

Menționăm că Ioan Piuariu-Molnar a fost primul român și primul profesor de oftalmologie la Academia Medico-Chirurgicală din Cluj — începînd din anul 1791 — post pe care și l-a onorat cu succes creînd o adevărată școală de oftalmologie; la 156 ani după moarte, UNESCO a recomandat comemorarea sa /4, 23/.

În Moldova, primii oftalmologi angajați au fost cei de la Epitropia Spitalului central „Sf. Spiridon" din Iași, atestați de documente încă în 1834. Ei acordau asistență oftalmologică ambulatorie. Secții cu paturi pentru îngrijirea bolnavilor oculari au apărut — atît în Moldova cît și în Țara Românească — la București — în anul 1863.

Primul medic care a îngrijit bolnavii de ochi într-un așezămînt spitalicesc din București a fost dr. Carol Vidman, la Spitalul Militar. În 1863

513.667
BIBLIOTECA JUDEȚEANĂ „GH. ASACHI" IAȘI

a luat ființă un serviciu pentru consultații de boli de ochi și urechi la Spitalul „Colțea". Iată primul punct din Instrucțiunile semnate cu acest prilej de dr. Carol Davila:

„1. Medicul dispensariului va urma să dea în toate zilele de la 11—12 ore, consultații gratuite pentru bolnavii săraci care se prezintă la localul dispensariului, precum s-a regulatu de la 10 mai 1863 cînd s-au înființat acelu dispensariu specialu".

Au urmat doctorii: Edoart Vignali, Leopold Kugel, Vasile Vlădescu.

La Craiova, dr. Iosif Fabricius, chirurg și oftalmolog, în intervalul 1859—1867 a acordat asistență oftalmologică în cadrul spitalului „Preda" din localitate; totodată el intervine să ia naștere o școală pentru formarea cadrelor care urmau să trateze bolile de ochi.

În suplimentul Gazetei Medicale din 1864 (p. 9—17) este trecut un „Raport asupra boalelor ochiului căutate și operate în Spitalul Central Craiova" din care deducem că la acest spital Dr. I. Fabricius desfășura o intensă activitate; renumele lui depășea granițele României, avînd în tratament bolnavi și din insulele Ionice, Anatolia precum și din diferitele regiuni ale peninsulei Balcanice /10/.

După statistica Vernescu-Ștefănescu din 1906, I. Fabricius în practica sa de 30 de ani a redat vederea la peste 3.000 de orbi /10/.

Această succintă enumerare a primilor oftalmologi de la noi, ne indică faptul că în țara noastră erau un număr apreciabil de bolnavi oculari și că asistența oftalmologică era efectuată cu competență și dăruire pînă la sacrificiu profesional (Dr. E. Vignali a devenit infirm ocular prin trahom contractat în timp ce trata o epidemie) de oftalmologi foarte competenți — elevi ai școlilor apusene avansate — care, deși în majoritate străini s-au integrat în problemele sanitare și viața țării noastre.

Primul Congres de Oftalmologie din România s-a ținut în 1924 — la doi ani de la înființarea Societății de Oftalmologie (1922) — și a avut ca temă „Trahomul" boală oculară atunci frecventă, considerată ca un flagel social /8, 24/.

În septembrie 1957 s-a ținut la București primul Simpozion de tiflologie din România /36/.

Treptat preocupările și mijloacele specialiștilor oftalmologi din țara noastră s-au lărgit, iar în ultimele decenii au îmbrățișat toate temele care privesc prevenirea, diagnosticul și tratamentul bolilor oculare, de asemenea legătura afecțiunilor oculare cu patologia generală /19, ș.a./. S-au studiat numeroase probleme de oftalmologie socială între care accidentele oculare (la locurile de muncă, în condiții de circulație rutieră sau ca urmare a administrării unor medicamente).

Selecția și orientarea profesională în raport cu funcția vizuală constituie de mult timp obiectul cercetării pasionate a prof. Dr. Nicolae Zolog de la Timișoara /33/.

Sînt preocupări pentru evaluarea deficitului funcțional vizual.

Criteriile de expertiză medicală a capacității de muncă în afecțiuni oculare au fost bine precizate la noi în țară de către Prof. Dr. M. Maurer, Prof. Dr. O. Berlogea, D. Mavrodin și colaboratorii /2/.

I. Eșanu, activînd într-un important centru minier, aprofundează problema recuperării deficienților de adaptare la obscuritate în subteran /6/.

În ultimul deceniu există în țara noastră numeroase cercetări și realizări și în probleme de tiflopedagogie, tifloaparatură și esteziologie /25, 26, 27/.

O încercare de sinteză asupra importanței evaluării și recuperării capacității de muncă la bolnavii oculari a fost făcută la Cluj în 1973 /16/.

Aspecte variate ale recuperării deficienților vizuali au fost abordate și în numeroase manifestări științifice cu caracter național ori internațional ce au avut loc în diferite părți ale globului. Dintre acestea citățm:

Congresul *„Reabilitarea nevăzătorilor"* ținut la Roma în 1959, a abordat o serie de probleme privitoare la aspectele psihologice fundamentale ale readaptării nevăzătorilor /3/.

Simpozionul de la Berlin din 1967 a dezbătut tema: *„Reabilitarea profesională a deficienților vizuali"*.

În mai 1978, s-a ținut la Kyoto (Japonia) al XXIII-lea Congres internațional de oftalmologie. Printre problemele principale discutate au fost cauzele și modalitățile de prevenire a orbirii. S-a arătat că pe plan mondial *trahomul* se află în fruntea cauzelor de orbire urmat de *carențele alimentare,* îndeosebi cele de *Vitamina A, parazitozele oculare, cataractele, glaucomul, dezlipirea de retină* (mai ales la miopi), *retinopatia diabetică, boala Behcet.* Din ansamblul lucrărilor Congresului s-a desprins că tratamentul bolilor oculare constituie o problemă de urgență în prevenirea orbirii (22).

La Congres s-a recomandat ca preocupările oftalmologilor să cuprindă și bolile oculare specifice copilăriei: strabismul și ametropiile.

Alte probleme discutate s-au referit la transplantul de cornee (keratoplastia), virozele oculare, bolile oculare determinate de poluarea atmosferei, accidentele de circulație cu interesare oculară.

Congresul de oftalmologie care a avut loc în iunie 1979 la Vibo — Valencia, în Calabria (Italia) a pus în discuție cele mai importante

probleme în legătură cu scăderea vederii: malformațiile congenitale ale ochiului, bolile oculare ereditare, tumorile oculare, afecțiunile oculare ale copilului, facomatozele, traumatismele oculare, modificările oculare în leucoza copilului, explorările morfo-funcționale oculare la copil, relația dintre patologia oculară și mediul înconjurător, ambliopia la copii și adulți.

Tot în iunie 1979 s-a ținut la Marsilia *„Cel de al XV-lea Congres al Asociației naționale a părinților copiilor orbi"*. Asociația a fost fondată în 1964 și i s-a recunoscut utilitatea publică în 1971. Ea și-a fixat următoarele obiective:

— De a studia și de a apăra interesele morale și materiale ale tuturor familiilor care au unul sau mai mulți copii nevăzători sau deficienți vizuali gravi;
— De a întreține un spirit de solidaritate între ele;
— De a-i ajuta prin indicații și sfaturi și de a promova orice inițiative de natură a ameliora condiția tinerilor nevăzători sau a deficienților vizuali gravi.

Prevenirea cecității este recomandată de OMS ca o prioritate mondială, ca una din opțiunile de care ar beneficia toate popoarele. S-au întocmit programe internaționale și naționale în scopul cunoașterii cauzelor cecității și a combaterii ei ținînd seama de factorii locoregionali și individuali. Se estimează că în lume există între 28 și 42 milioane de nevăzători sau foarte slab văzători și, ceea ce este îngrijorător este că, „dacă nu se vor lua măsuri de combatere și prevenire, numărul acestora s-ar putea dubla la sfîrșitul actualului secol" (este afirmația Secretarului general OMS) (22, 29, 30, 35).

Între numeroasele consfătuiri și simpozioane care au dezbătut la noi probleme privitoare la cecitate menționăm Simpozionul cu tema: *„Profilaxia cecității"* ținut în zilele de 1 și 2 iulie 1963 în București, la care s-au prezentat următoarele rapoarte:

1. Profilaxia cecității determinată de traumatisme;
2. Oftalmia simpatică;
3. *Recuperarea deficienților vizuali* — raport susținut de prof. dr. M. Maurer în care se prezintă pentru prima dată în țara noastră problema complexă a recuperării medicale și socioprofesionale a handicapaților vizuali;
4. Profilaxia cecității la copil
5. Glaucomul.

O serie de comunicări prezentate la acest simpozion au prilejuit un schimb de experiență a medicilor din țara noastră privitoare la această importantă temă. Planul de acțiune pentru combaterea cecității la noi s-a axat pe concluziile acestui simpozion.

*

În ianuarie 1975 s-a înființat în cadrul OMS *„Organizația mondială împotriva cecității"*, organizație neguvernamentală, multidisciplinară și centrală, care coordonează lupta împotriva cecității. Primul raport de activitate al acestei organizații s-a ținut în 1979 la Londra unde s-a fixat noua tehnologie și strategie de acțiune internațională. Urmărindu-se combaterea cauzală a cecității s-au stabilit cele șase cauze principale ale orbirii: trahomul, xeroftalmia-keratomalcia, oncocercoza, cataracta, glaucomul și traumatismele oculare. S-a insistat asupra eliminării factorilor care concură la apariția cecității evitabile. Se apreciază că cifrele cecității evitabile se ridică la 7,5 milioane de persoane în Orientul Mijlociu, determinată de trahom sau de alte boli transmisibile. La aceasta se adaugă circa 6 milioane de orbiri determinate de cataracta operabilă și încă 250 mii de copii care devin nevăzători ca urmare a malnutriției.

În mediul industrial — respectiv în țările dezvoltate —, cecitatea se datorește cataractei, diabetului zaharat, accidentelor oculare, glaucomului, retinopatiei pigmentare, degenerescențelor maculare și altor manifestări oculare ale senescenței /11, 13, 21, 39 ș.a./.

S-a evaluat că raportul cost (pentru combatere) — eficiență (evitarea cecității și încadrarea în activitate) este pozitiv și că eforturile sînt recomandabile chiar și numai din punct de vedere strict economic (J. Wilson — 31).

În scopul combaterii cecității a luat ființă în Franța „Banca franceză de ochi" care și-a asumat ca sarcină participarea la cercetările științifice ce privesc această importantă problemă de sănătate publică, precum și de a impulsiona acțiunea de donare voluntară de globi oculari, de a conserva și de a distribui globi oculari sau părți din aceștia necesari operațiilor și/sau cercetărilor care privesc cecitatea. Conducerea tehnico-administrativă a băncii se ocupă de crearea unui cadru legal care să faciliteze și să permită recoltarea sau donarea de globi oculari de la voluntari (P. Payrau — 20). Un apel similar s-a făcut și la noi de către prof. dr. M. Olteanu de la Spitalul militar — București.

Această foarte succintă enumerare conturează preocupările actuale pentru reducerea numărului de invalizi oculari.

*

Recuperarea nevăzătorilor, ca dealtfel orice activitate de recuperare, interesează și cercuri largi ale opiniei publice preocupate de ameliorarea condiției umane și de participarea handicapaților și invalizilor la creșterea avuției materiale și spirituale a întregii societăți /12/.

Recuperarea trebuie concepută ca o activitate complexă medicală și socioprofesională, care se efectuează în echipă și care are o finalitate precis formulată: inserția (pentru tineri) sau reinserția (pentru adulți) cît mai plenar în viața activă (societate, familie și profesie). O înțelegem deci, ca un mod de gîndire și acțiune cu finalitate practică precis declarată.

După informațiile pe care le deținem, nu dispunem pînă în prezent de nici o lucrare monografică, care să trateze sub toate aspectele și la nivelul actual al cunoștințelor biopsihosociale, problema complexă a recuperării medicale și socioprofesionale a celor ce sînt în pericol de a-și pierde vederea, a celor cu vederea redusă, a monoftalmilor sau a celor cu capacitatea vizuală pierdută.

Metodologia aplicată în lucrarea de față vizează problema recuperării bolnavilor oculari sub unele aspecte originale: adică, *se acordă importanță deosebită explorărilor morfofuncționale; procedurile recuperatorii indicate au ca punct de plecare deficiența morfofuncțională existentă;*

Se consideră, în mod distinct, semivăzătorii (ambliopii) sau nevăzătorii din naștere sau imediat după naștere și, separat, cei la care infirmitatea vizuală a apărut tîrziu, cînd subiectul avea formată o imagine despre lume și mediul în care trăiește. Un anumit plan de recuperare este necesar pentru cei născuți nevăzători, altul pentru copii și tineri necalificați, altul, pentru adulții calificați și un altul pentru senili;

Se tratează separat nevăzătorii la care cecitatea a survenit în mod lent (permițînd o oarecare adaptare la situația creată de boală);

Pierderea vederii la un singur ochi este tratată în mod separat în subcapitolul Deficienții monoftalmi;

— *Sînt tratate separat particularitățile recuperării femeii nevăzătoare* și se insistă asupra rolului familiei în procesul de recuperare /13/;

Bolile senzoriale asociate (cum ar fi cele de auz și vorbire) amplifică problemele ce le pune recuperarea bolnavilor și ca atare îngreunează reușita recuperării /41/; de asemenea *bolile sistemului nervos, ale aparatului locomotor sau cele organo-viscerale asociate* creează noi probleme ce trebuie incluse în planul de recuperare.

Ca probleme generale, valabile pentru toți deficienții vizuali, se consideră boala oculară în cadrul interrelațiilor sale cu organismul în întregime. S-a dovedit, de exemplu, că miopia progresivă este o boală a întregului organism caracterizată, pe lîngă tulburarea de refracție, prin: scăderea funcției țesutului conjunctiv, a metabolismului bazal, a TA minime, a funcției fagocitare a leucocitelor, creșterea ușoară a glutationului în organism și tulburări endocrine, ceea

ce impune și tratament general corespunzător (S. R. Mucinic și colab. — 17).

Multe deficiențe morfofuncționale oculare sînt expresia unei boli sistemice, mai ales a bolilor cardiovasculare, ce evoluează cu hipertensiune arterială, a diabetului zaharat, a nefropatiilor, a colagenozelor, a bolilor sanguine etc. /19/.

Ochiul este considerat ca un „creier exteriorizat" sau „ca o prelungire a creierului" și retina ca „o fereastră prin care se privește în creier" de aceea se acordă importanță examinării polului posterior al globului ocular (retinei și papilei nervului optic). Ochiul reflectă în modul cel mai fidel starea fizică și psihică a omului. El este adesea primul organ supus stresului impus de viața actuală.

În lucrare recuperarea (R) este considerată ca medicina epocii contemporane, umanitară și științifică, ce privește omul sub aspectul biopsihic și social în cadrul vieții concrete. Ea este medicina cea mai completă și ca atare cea mai eficientă din cîte s-au practicat pînă acum. Prin faptul că această medicină are în centrul ei *omul handicapat,* înțelegem rolul său la proporțiile reale, și o privim ca pe o adevărată morală pusă în slujba omului profund suferind pentru o lungă perioadă de timp, adesea pentru întreaga viață. Ca o dovadă a importanței problemei este și faptul că anul 1981 a fost declarat de OMS „Anul internațional al handicapaților", un prilej pentru a fi luate o serie de măsuri în sprijinul handicapaților în general și a celor oculari în special /1/.

Nevăzătorii sînt oameni lipsiți de „lumină și bucuria vederii". Ei au nevoie în gradul cel mai înalt de sprijin, de ajutor concret medical și socioprofesional, de ajutor pentru autoajutor, cu deosebire psihoterapeutic, care să-i determine să-și depășească, prin autocontrol și autoeducare, condiția biologică, psihică și socioprofesională impusă de boală.

Dinamica planului de recuperare a deficienților oculari urmărește o schemă, aplicată individualizat:

a. *Se începe cu recuperarea medicală* sub toate aspectele sale. Se enunță procedurile potrivite cazului dat: tratament medical, medico-chirurgical, tratament optic (aplicarea de lentile), pleoptic, ortoptic, fizio-balneo-terapeutic, kinetoterapeutic etc., pînă la obținerea stabilizării procesului patologic ocular, se trece apoi la creșterea, pe cît este posibil, a restantului vizual, la compensarea și adaptarea fizică și psihică cît mai completă a bolnavului.

În toate cazurile, dar mai ales atunci cînd pierderea vederii este definitivă, se pune accentul pe *psihoterapia adaptativă,* efectuată individual sau în grup, prin care se urmărește acceptarea psihică a infirmității, compensarea handicapului vizual prin dezvoltarea al-

tor simțuri (auditiv, tactil), achiziționarea de noi noțiuni care să ușureze situația creată de deficiența vizuală. Nevăzătorii sînt într-adevăr orbi, dar cei mai mulți dintre ei au celelalte simțuri intacte care, fiecare în parte și toate la un loc, compensează parțial handicapul vizual.

Psihoterapia se extinde și asupra familiei nevăzătorului, care trebuie făcută să înțeleagă situația creată prin pierderea vederii și să realizeze obligațiile care-i revin în aceste condiții.

Reducerea și mai ales lipsa vederii creează un sentiment de insecuritate, care adesea dezvoltă fenomene depresiv anxioase.

Kinetoterapia generală și, ca ramură a acesteia, ergoterapia ocupațională, trebuie folosită cît mai de timpuriu în multiplu scop: creșterea abilității mîinilor și eventual a picioarelor, creșterea sensibilității auditive și a simțului tactil, evitarea devianțelor comportamentale de orice fel.

Aplicarea corectă a acestor mijloace recuperatorii se poate face în centre speciale de recuperare, pe care le au majoritatea țărilor, sau în subsecții amenajate în acest scop, pe lîngă clinicile de oftalmologie din centrele universitare sau secțiile de oftalmologie ale spitalelor unificate.

b. *Recuperarea profesională continuă procedurile recuperatorii medicale*. Ea trebuie individualizată în funcție de vîrsta deficientului, de școlarizare, de abilitățile și calificarea profesională.

Copiii și tinerii necalificați vor fi școlarizați și apoi orientați profesional după principiile asupra cărora se insistă într-un capitol aparte.

Adulții calificați este bine să rămînă în aceeași profesie, lucru posibil în aproximativ 50% din cazuri /3,32/. Atunci cînd vechea profesie nu mai poate fi continuată, subiecții sînt reîndrumați profesional către cea mai potrivită profesie, după principii similare cu cele ale orientării profesionale.

Trebuie găsite modalități de perfecționare profesională și eventual policalificare, atunci cînd deficientul o dorește sau cînd devine necesară în procesul de producție. Dovada importanței care se acordă acestei probleme o atestă și faptul că la Congresul al III-lea european de Oftalmologie de la Amsterdam (18—21 iulie, 1968), una din temele discutate a fost „Ochiul și profesiunea".

c. *Recuperarea socială a nevăzătorilor desăvîrșește procesul de recuperare*. Ea constă în acțiuni care urmăresc încadrarea în muncă și menținerea locului de muncă ales, crearea condițiilor cît mai bune de viață și realizarea unor condiții de ergooftalmologie corespunzătoare.

Relația dintre mediu și unele afecțiuni oculare a fost discutată în iunie 1979 la Cel de-al II-lea Congres de Oftalmologie de la Vibo-Valencia (Italia). Toți cercetătorii sînt de acord că activitatea, munca în general, este un factor recuperator eficient /5/.

În activitatea profesională trebuie create condiții oftalmoergonomice. Sprijinirea deficienților oculari la locul de muncă constă în: evitarea suprasolicitărilor vizuale și fizice, efectuarea muncii în tura de dimineață pe cît este posibil, sau în funcție de situația concretă a fiecăruia și nevoile unității în care lucrează; stimularea materială și morală, îngăduința față de eventualele greșeli; încurajarea și sprijinirea colaborării între nevăzători și văzătorii din aceeași secție; educarea celor văzători pentru ca să înțeleagă psihologia nevăzătorilor și astfel să-i sprijine multilateral.

În unele țări, cum este R. F. Germania, există o legislație care sprijină vandabilitatea mărfurilor produse de nevăzători (perii, mături, coșuri, olărie, artizanale, ceramică, cîrlige pentru rufărie etc.) cu prețuri ceva mai mari decît cele confecționate de văzători. Populația cumpărătoare acceptă această diferență pentru stimularea activității și încurajarea lor, dar mai ales pentru că ea a conștientizat costul mai scump al vieții nevăzătorilor /14, 28, 37/.

Sprijinirea nevăzătorilor se extinde și în viața lor para- și extraprofesională prin acordări de locuințe care să le ușureze transportul la și de la locul de muncă, prin aprovizionare cu alimente, combustibil etc.

În lucrare vom susține că, după epuizarea tuturor mijloacelor de recuperare, trebuie create condiții ca viața nevăzătorilor să fie cît mai apropiată de cea a persoanelor cu vedere normală. Aceasta, nu numai prin sfaturi, ci prin ajutoare concrete, care să le asigure o condiție de viață umană, cît mai bună.

Este necesar să se creeze condiții pentru ca nevăzătorii să se adapteze atît la natura primară cît și la mediul civilizat în care trăiesc. Mircea Malița recomandă (în scopul adaptării) crearea unei „nișe ecologice" în care omul să se retragă pentru refacere. Considerăm că nevăzătorilor le este cel mai indicat un astfel de mediu deoarece, prin lipsa vederii, lumea înconjurătoare li se pare mult mai strîmtă, deci trăiesc în mod impus într-o „nișă" care este bine să fie „ecologizată" și „ergonomizată", pentru a deveni adaptativă și suportabilă.

Deoarece în epoca noastră nu dispunem încă de mijloace care să înlocuiască vederea atunci cînd aceasta este iremediabil pierdută, trebuie acționat asupra componentei psihice a subiectului în scopul

compensării deficienței vizuale și mai ales în scopul acomodării la situația de nevăzător.

Lucrarea are drept fundal experiența noastră cîștigată de-a lungul a zeci de ani petrecuți la patul bolnavului, în ambulatoriu sau cu prilejul activității la Cooperativa „Munca Invalizilor" secția nevăzători, de asemenea experiența cîștigată cu ocazia colaborării cu Filiala Cluj a Asociației Nevăzătorilor și cu Școala de Nevăzători din Cluj-Napoca, la care am adăugat prioritar lucrările specialiștilor din țara noastră, precum și din literatura străină.

Problema căsătoriei nevăzătorilor este un subiect aparte, deoarece, așa cum se cunoaște, aceasta este importantă. Căsătoria între doi nevăzători nu este de dorit deoarece amplifică problemele de viață ale nevăzătorilor. Un copil din această căsătorie îngreunează și mai mult condițiile de viață, de aceea, în anumite cazuri, acești copii, care sînt adesea văzători, trebuie internați în „Leagănul pentru copii" sau sînt dați în plasament familial /30/.

Alimentația rațională este necesară tuturor persoanelor cu deficiențe vizuale; rolul său este deosebit de important mai ales la copii. Sînt necesare toate principiile alimentare și în mod deosebit vitaminele A, B, C. Rolul vitaminei A pentru ameliorarea vederii nocturne este bine cunoscut.

Trebuie promovată mișcarea sub toate formele sale, inclusiv activitatea sportivă, ca mijloc important pentru recuperarea acestor deficienți.

Se are în vedere în recuperare răsunetul asupra ochiului determinat de bolile generale ale organismului și de agresiunea mediului extern actual creat de automatizarea, tehnicizarea, poluarea, bombardamentul informațional din epoca noastră, precum și agresiunea oculară — cu deosebire la nivelul retinei și nervului optic — provocată de unele medicamente folosite în patologia generală.

Extinderea tratării anumitor boli oculare va fi făcută în raport direct cu locul ce-l ocupă boala respectivă ca generatoare de invaliditate oculară.

Se abordează și problema posibilității de conducere auto, la deficienți oculari.

Profilaxia primară a invalidității prin boli oculare se face prin combaterea factorilor de risc pentru pierderea vederii, în timp util, adică cît mai precoce, cunoscut fiind că unele boli oculare grave (pe primul loc glaucomul cronic) se instalează lent, cu simptome discrete, uneori intermitente, ceea ce face ca deseori să fie depistate doar prin complicații în stadii tardive, ireversibile.

Profilaxia secundară și cea terțiară coincide cu aplicarea măsurilor recuperatorii individualizate.

Se impune un control oftalmologic anual al tuturor persoanelor ce au depășit vîrsta de 40 ani.

*

După cum se știe anul 1981 a fost declarat de Adunarea Generală a Națiunilor Unite „Anul internațional al handicapaților". Scopul a fost continuarea luptei pentru a realiza în toate țările drepturile handicapaților de a participa plenar la viața socială și de a le crea condiții de viață comparabile cu ale cetățenilor valizi, conform programului Națiunilor Unite pentru dezvoltare.

Este necesară educația publicului și sensul de a înțelege cît mai bine handicapații, nevoile și aspirațiile lor.

Asociațiile nevăzătorilor, precum și cele constituite în vederea sprijinirii nevăzătorilor, au făcut mari progrese în opera de schimbare a imaginii generale a opiniei publice despre nevăzători. Din „muzicieni ai străzilor" sau „artizani fără calificare", azi au devenit muncitori calificați, tehnicieni și chiar oameni de știință /18, 21/.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arvo, Karvinen, *Finnish Activities in International Year 1981,* Review of the European Blind, 1. (XXXI), 1981, 2.
2. Berlogea, O., Mavrodin, D., David, M. Popescu, P.M., *Criterii de expertiza capacității de muncă în afecțiuni oftalmologice, ediția:* 1972, 1976, 1978.
3. Chambet, M., *Adaptation de l'aveugle récent,* Arch. Opht., 1, 1963, 57—58.
4. Chiriceanu, M., *Ioan Piuariu-Molnar, primul medic și oculist român,* Oftalmologia, XI, 2, 1967, 141—145.
5. Damaschin, D., *Sensurile unor legități în recuperarea și integrarea socială a deficienților de vedere,* Viața Nouă, 2, 1976, 3.
6. Eșanu, Iosif, Morariu, Maria, Marian, N., *Aspecte ale recuperării deficienților de adaptare la obscuritate în subteran,* Com. USSM, Hunedoara, 7, IX. 1979.
7. Glăvan, I., *Istoricul oftalmologiei și al învățămîntului oftalmologic din România,* Presa Brăila, 1939.
8. Glăvan, I., Glăvan, I. I., *Problemele orbilor în preocupările medicilor oftalmologi români din ultimul secol,* Oftalmologia, X, 4, 1966, 351—359.
9. Glăvan I., Glăvan, I., *Un secol de la înființarea serviciului de oftalmologie la Spitalul Colțea,* Oftalmologia, XIII, 1, 1969, 89—92.
10. Glăvan, I., Glăvan I. I., *Un fondator al medicinei și oftalmologiei la Craiova: doctorul Iosif Fabricius,* Oftalmologia, XIII, 3, 1969, 273.
11. Indre, Krister, *Low Vision Training in Sweden,* Review of the European Blind, 1. 1, (XXXI), 1981, 14.

12. Jaedicke, Martin, *Manuel de l'impression en Braille*, Revue des aveugles européens, 1 (XXXI), 1981, 8.
13. Jerome, R. Dunham, *Blindness and Visual Impairment* în vol. *Disability and Rehabilitation Handbook*, Editor Chief. Robert M. Goldenson, 1978, 249—265.
14. Jung, K., *Gesetzliche Grundlagen. Blindenwarenvertriebsgesetz*, 9. 4., 1965; în Rehabilitation Band. I, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 246—252.
15. Marin, Fl., Grünfeld, H., Șortan, V., Armeanu, V., Salamon, N., Boros, L., *Locul cecității în invaliditatea orașului Cluj*, Comunicare la Simpozionul cu tema: *Probleme de profilaxie a cecității*, București, 20 iunie 1963.
16. Marin, Fl., *Curs elementar de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă*, Litografia I.M.F., Cluj, 1973.
17. Mucinic, R. S., Skotodinskaia, N. V., Solovieva, V. P., Șastnaia, N. E., *Starea unor sisteme funcționale ale organismului în miopiile forte*, Ophtal. J, 1, 1962, 325.
18. Pape, R., *Rehabilitation von Sehgeschädieten*, în Rehabilitation Band III, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 306—322.
19. Paraipan, C., Ciorapciu S., *Corelații între patologia oculară și patologia generală*, Ed. Medicală, București, 1965.
20. Payrau, P., *A propos de la Banque Française des Yeux*, J. Fr. Ohtalmol., 1978 II, 6—7, 425—426.
21. Pielasch, J., *International Year of the Disabled a Challenge*, Review of the European Blind, 3, 1980, 2.
22. Popescu, M. A., *Al XXIII-lea Congres Internațional de Oftalmologie Kyoto—Japonia 14—20 mai 1978*, Oftalmologia XXIII, 4, 1978, 310—312.
23. Rosin, A., *Din începuturile oftalmologiei și ale învățământului oftalmologic din România*, Viața Nouă 1, 1977, 8.
24. Rosin, A., *Câteva date asupra primului Congres de oftalmologie din România*, Oftalmologia XXII, 3, 1978, 239—240.
25. Roth, Walter, Tiflologia (Psihologia deficienților vizuali), Cluj, 1973.
26. Roth, Walter. *Cooperarea medico-defectologică în teoria și practica recuperării deficienților*, Viața Nouă, 1, 1976, 5.
27. Roth, Walter, *Esteziologia, disciplină științifică importantă pentru recuperarea deficienților vizuali*, Viața Nouă, 1, 1978, 7.
28. Schultz, Bruno, *Cheltuielile suplimentare ale unui nevăzător*, Soziale Arbeit R.F.G., Heft 3, 1968, 123.
29. Stih, Boris, *Blind Telephone Operators-Present Position and Prospects*, Review of the European Blind, 1 (XXXI), 1981, 4.
30. Warburg Mette, *La cécité et les consultation génétiques*, Revue des aveugles européens, 1 (XXXI), 1981, 20.
31. Wilson, J., *World blindness and its prevention*, Oxford University, Press, 1980, 93.
32. Zimine, Boris, *Vers le travil et la Vie-Société des aveugles de Russie*, Editions de l'agence de presse Novoști.
33. Zolog, N., *Selecțiunea și orientarea profesională în raport cu funcțiile vizuale*, Timișoara, 1969.
34. * * * *Raport d'un groupe d'étude de l'OMS*, 518, Genève, 1963.

35. * * * *La cécité dans le monde — date OMS*, Nouv. Préss. Méd., 43, 1979, 3523.
36. * * * *Primul simpozion de tiflologie din România*, București, 6—7 noiembrie, 1975.
37. * * * *Législation sur la réadaptation, juin 1979*, Réadaptation, 262, 1979, XIV.
38. * * * *Le Congrès de L'Association Nationale des Parents d'enfants aveugles* (A.N.P.E.A.) Marseille, Readaptation, 259, 1979, 48—49.
39. * * * *Chronique OMS Notes et informations*, Vol. 36, 6, 1980, 258—259.
40. * * * Viața Nouă, 4, 1981. Număr consacrat anului internațional al handicapaților.
41. * * * Réadaptation, martie 1983, 298, număr dedicat problemelor comunicării copilului nevăzător și surd.

II. SCURT ISTORIC AL OCROTIRII NEVĂZĂTORILOR ÎN ȚARA NOASTRĂ ȘI DIN UNELE ȚĂRI STRĂINE

Documente oficiale care atestă existența nevăzătorilor și a altor deficienți în țara noastră datează din 11 februarie 1400, din vremea domnitorului Alexandru Cel Bun /33/ și apoi din vremea lui Ștefan Cel Mare, Petru Rareș, Mihai Viteazul și Matei Basarab /31/.

Contribuții importante la cunoașterea dezvoltării asistenței deficienților — între care și cei nevăzători — în Moldova și Țara Românească au adus recent G. Anastasiu și I. Marcu /1, 3/.

Preocupări sporadice pentru ocrotirea nevăzătorilor au apărut la noi încă în secolul al XVIII-lea, dar grija pentru aceștia nu se deosebea de cea acordată acelora care „din pricina unor beteșuguri nu puteau să se hrănească prin muncă", și beneficiau de ajutoare din partea asociațiilor de binefacere: „Casa milei", înființată în anul 1782 în Moldova, și „Cutia milelor", înființată în 1785 în Muntenia.

La începutul secolului al XIX-lea s-au înființat „Casele obștești făcătoare de bine" care acordau ajutoare celor nevoiași în care erau incluși și nevăzătorii. Pe teritoriul actual al țării noastre, la Oradea, funcționa din anul 1830 „Institutul pentru vindecarea orbilor săraci" creat de dr. Fr. Grosz (1789—1858), printre primele pe plan european. Acest institut a funcționat timp de 7 decenii, pînă în 1901 /14, 30/.

Prima știre care indică preocupări de tiflopedagogie la noi datează din 1870. Este vorba de articolul „despre educația orbilor" publicat de un autor (sau traducător) încă neidentificat, care semnează cu inițialele W. M. în revista „Foaia învățătorilor poporului". În acest articol se insistă pentru școlarizarea copiilor nevăzători în școlile obișnuite din localitatea lor natală.

Necesitatea reeducării nevăzătorilor a fost sesizată la noi de prof. Vasile Vlădescu încă în deceniul al VIII-lea al secolului trecut și susținut public lumii medicale la Congresul Internațional de Oftalmologie de la Milano (1880), iar, ulterior, de profesorii N. Manolescu la București, D. Michail la Cluj, P. Vancea la Iași. Școală

specială pentru ambliopi n-a luat ființă la noi decît după 1955. Cea dintîi școală de acest gen a fost creată se pare în Anglia prin anul 1900 /13/.

La mănăstirea de la Căldărușani se atestă prezența, încă în 1887, pe lîngă copii infirmi neuro-locomotori, și a copiilor nevăzători trimiși de Ministerul Instrucțiunii pentru învățătură.

În 1888 I. Bosneag publică la Cernăuți, în limba germană, *Vortrag über die leiblichen und geistigen Eignheiten der Blinden* — („Prelegere despre particularitățile fizice și psihice ale nevăzătorilor").

În 1894, A. Anatole publică lucrarea: *Tratamentul general al copiilor orbi pînă la etatea de a frecventa școala precum și instrucțiuni pentru părinții lor* /17/.

I. V. Tassu (1878) a fost primul absolvent român — nevăzător de la vîrsta de 3 ani — al „Institutului național al tinerilor orbi din Paris". Reîntors în țară devine un promotor al învățămîntului tiflopedagogic românesc și insistă pentru înființarea unui institut similar în România /15, 27/.

În anul 1900, s-a înființat „Școala de orbi de la Cluj" /6/.

La 1 septembrie 1901 ia ființă o secție pentru copii orbi pe lîngă orfelinatul și școala de surdo-muți din Focșani unde a funcționat ca instructor și I. V. Tassu /15/.

În 1904 se creează o școală similară la Timișoara și în 1906 una la București /3/. Între timp ia naștere Societatea „Vatra Luminoasă" pentru educare și profesionalizare (în profesii simple) a nevăzătorilor /5/.

În 1906 s-a cumpărat o casă — cu fonduri rezultate din colectări particulare — în care s-au instalat primele ateliere pentru orbi: frîngherie, țesătorie și împletituri de pantofi; în 1907 s-a închiriat în Calea Moșilor din București o casă care servea de dormitor pentru orbi și în care funcționau și unele ateliere. În 1908 s-a cumpărat terenul din Str. Mărcuța, pe care s-a construit azilul, inaugurat la 24 aprilie 1910, în care s-au mutat orbii (din aceștia 15 erau din alte țări). În 1911, Gh. Crăiniceanu a fost numit medic director al noului așezămînt și a funcționat în această calitate pînă în anul 1916.

Sarcinile așezămîntului erau sociale, medicale (se efectuau tratamente medicamentoase și intervenții chirurgicale oculare) și concomitent se urmărea profesionalizarea și orientarea profesională a tinerilor nevăzători spre cele mai adecvate profesii pentru fiecare.

Azilul de orbi „Vatra Luminoasă" a asigurat asistența socială unui mic număr de nevăzători din București și împrejurimi încă de la începutul actualului secol.

Începînd din 1910 a funcționat la noi prima școală primară de nevăzători în localul „Vatrei Luminoase".

Organizația „Ocrotirea orbilor" a fost înființată în 1912 /13/. Aceasta, ca și altele similare care i-au urmat, n-a avut realizări prea fructuoase din lipsă de fonduri, nevăzătorii rămînînd în continuare în grija familiei, sortiți adesea să cerșească.

În 1917 a apărut la Viena prima carte de citire în braille în limba română, compusă de cunoscutul tiflopedagog George Halarevici /19,23/.

În 1921 s-a organizat la Cluj „Micul congres al defectologilor" la care s-a ridicat și necesitatea lărgirii învățămîntului școlar și profesional pentru copiii nevăzători /5.17/.

În 1924 I. V. Tassu publică broșura *În chestia școlilor speciale*, în care autorul militează că „orbii să fie educați în așa fel încît să poată trăi în mod firesc în societatea celor cu vedere" /15/.

În 1926 s-a înființat în țara noastră „Revista Braille" pentru nevăzători, scrisă în braille. Sub îngrijirea „Azilului de orbi Vatra Luminoasă", ea a apărut în 67 de numere consecutive. Aportul acestei reviste a fost pozitiv, dar tirajul era redus, cititorii erau în număr limitat, așa încît răsunetul său în rîndul nevăzătorilor a fost modest, mai ales pentru că majoritatea dintre ei nu cunoșteau scrierea braille, și mai mult, o parte din ei erau analfabeți /7,9/.

Documentele vechi, instituțiile de ocrotire existente pe lîngă biserici, fondurile care se obțineau din mila publică, dovedesc că în țara noastră a existat dintotdeauna un apreciabil număr de orbi. Prima statistică datează din 1860. Ea atestă că în Muntenia acelor ani erau 7.550 orbi, ceea ce reveneau 32 orbi la 10.000 locuitori, o cifră foarte ridicată. Județul Mehedinți apare atunci cu cel mai mare procent de nevăzători (63 orbi la 10.000 locuitori).

După anul 1900, se evidențiază o continuă scădere a numărului orbilor ajungînd, în anul 1914, la 5 orbi la 10.000 locuitori. Scăderea se datora introducerii măsurilor de profilaxie a unor cauze care determinau orbirea.

În 1928 erau 8.948 nevăzători, ceea ce reprezenta 5,28 orbi la 10.000 locuitori /4/. Bărbații dădeau un procent mai mare; aproape jumătate deveneau orbi înainte de vîrsta de 30 ani; 19,3% între 31 și 50 ani, iar restul după vîrsta de 50 ani /4/.

Cauzele orbirii la noi. Principala cauză de orbire era, în anul 1935, *conjunctivita blenoragică a noilor născuți* (oftalmia purulentă), *urmată de sifilis și trahom;* în procent mai mic apăreau accidentele (exploziile, arsurile), bolile infecțioase (scarlatina, meningita cerebro-spinală, tuberculoza). Așa cum s-a menționat anterior, în epoca noastră cauzele orbirii sînt altele. În 1934 existau 356 orbiri de război /4/.

În 31 decembrie 1984 apar în evidență 16.328 nevăzători, în țara noastră.

*

După eliberarea patriei noastre, odată cu marile transformări politico-socio-economice care au urmat, s-a schimbat și poziția conducerii de stat față de nevăzători, s-a înființat *„Asociația orbilor din țara noastră"* care și-a propus o serie de obiective ce se pot sintetiza astfel: sarcini organizatorice; preocupări pentru instruirea și educarea nevăzătorilor; preocupări pentru orientarea și reeducarea profesională a nevăzătorilor și preocupări sociale pentru îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă a nevăzătorilor.

II.1. ASOCIAȚIA NEVĂZĂTORILOR DIN ȚARA NOASTRĂ

Pregătirile pentru înființarea asociației au început încă din anul 1946, prin informarea nevăzătorilor.

În octombrie 1952, printr-o Hotărîre a Consiliului de Miniștri s-a dat ca sarcină Ministerului Prevederilor Sociale să treacă la organizarea Asociației Orbilor din R. P. Română. S-a constituit „Comisia de organizare a Asociației" care și-a început activitatea în 1954, prin organizarea filialelor în cele mai importante regiuni ale țării, lucru care s-a înfăptuit în ianuarie și februarie 1955.

Filiala din Cluj s-a constituit la 24 ianuarie 1955 și cuprindea nevăzătorii din fostele regiuni administrative Cluj, Crișana și Maramureș.

În 1956 a avut loc prima Conferință pe țară a acestei Asociații, cînd s-a prelucrat proiectul de statut, s-a întocmit actul de constituire, s-au ales organele de conducere și s-au fixat sarcinile ce-i revin.

SARCINILE ORGANIZATORICE

În articolul 1 al Statutului adoptat se menționa că Asociația are ca obiect al activității sale: „asocierea orbilor în vederea integrării lor în rîndurile constructorilor activi ai societății socialiste prin ridicarea nivelului politic, ideologic, cultural și profesional, pentru

îmbunătățirea continuă a nivelului lor de trai și educarea în spiritul concepției noi de viață" /35/. Întreaga activitate a Asociației a acționat în acest sens, dar greutățile de început, au fost multe: lipsa de cadre, de sedii ale filialelor și ale centralei, unele concepții învechite, lipsa de încredere a unor nevăzători, lipsa de sprijin din partea unor văzători etc.

Sarcinile Asociației erau, după cît se vede, apropiate de ceea ce se înțelege și astăzi prin obiectivele reabilitării.

Prima Conferință pe țară a Asociației a adoptat și o serie de hotărîri privitoare la recuperarea socioprofesională a nevăzătorilor din țara noastră.

A doua Conferință pe țară a Asociației Orbilor din R. P. Română, ținută în iunie 1963, a propus și apoi a adoptat o serie de măsuri care au urmărit perfecționarea întregii ei activități. Pentru a înlătura prejudecățile sociale legate de vechiul termen „orb", s-a înlocuit cuvîntul „orb" cu acela de „nevăzător" și în consecință s-a schimbat denumirea asociației în „Asociația nevăzătorilor din R. P. Română".

S-a îmbunătățit structura organizatorică a Asociației, alegerea organelor de conducere centrale și locale, s-a precizat că vîrsta minimă pentru a deveni membru al Asociației este 14 ani, s-a accelerat depistarea și primirea de noi membri de către Adunarea generală a grupei la cererea personală a nevăzătorului.

În anii care au urmat conferinței, s-a îmbunătățit în continuare asistența nevăzătorilor. Nefamiliștilor, încadrați în activitate, li s-a asigurat cazarea în dormitoare comune ale Asociației, celor calamitați, li s-au dat ajutoare bănești pentru refacerea gospodăriilor distruse (ne referim la inundațiile din primăvara anului 1970).

A treia Conferință națională a Asociației nevăzătorilor din țara noastră, ținută în martie 1971, a constituit un mare pas înainte în îmbunătățirea sub multiple aspecte a situației nevăzătorilor. La acestea a contribuit conducerea Ministerului Muncii care a îndrumat și ajutat în permanență Asociația. Cu ocazia acestei conferințe a intrat în vigoare noul statut al Asociației și s-au organizat colectivele de lucru.

S-au înființat patru comisii pentru rezolvarea diferitelor probleme: comisia organizatorică; comisia socială și de încadrare în muncă; comisia pentru probleme cultural-educative și comisia pentru organizarea activității sportive.

*

De-a lungul anilor s-a continuat acțiunea de depistare, înregistrare, școlarizare și calificare profesională a nevăzătorilor de pe tot cuprinsul țării, așa încît numărul celor luați în evidență a crescut după cum reiese și din tabelul 1.

Tabelul 1*.

Evoluția principalilor indicatori ai activității în sprijinul nevăzătorilor

Anul	Nr. nevăzători identificați	Total nevăzători în muncă	Din care în cooperația meșteșugărească	Nr. nevăzători în curs de școlarizare	Nr. ajutoare bănești	Nr. biblioteci	Nr. cititori în braille
1955	6266	648	—	620	49	6	—
1958	7987	874	602	742	354	—	—
1960	9920	1043	788	821	567	—	677
1962	12604	1190	892	851	1018	—	—
1963	13620	1240	966	845	1296	24	—
1964	14759	1392	1051	884	1700	—	1282
1966	15207	1579	1135	870	2107	—	—
1970	15977	2070	1548	821	4202	Aici sînt cuprinse și ajutoarele acordate sinistraților din 1970	
1972	15715	2214	1619	878	1991	33	1689
1975	15650	2607	1956	955	2104	—	1950
1980	16234	3263	2177	1022	1643	41 cu 2189 cititori	2171 cu 29832 volume în braille
1985	16328	3623	2196	1005	2259	30	1648

La 31 decembrie 1980 funcționau 62 cercuri de citit cu 2807 cititori

* Datele statistice ce prezintă situația pînă în anul 1975 au fost extrase din volumul „Monografie" întocmit de Ion Mateescu, Alexandru Micu și Ion Coconeț, 1977, iar cele din 1980 și 1985 ne-au fost oferite de Asociația Nevăzătorilor din România prin instructorul social principal, C. Mereuță, comunicate prin adresa Nr. 2648 din 1 noembrie 1985, fapt pentru care îi aducem mulțumiri.

Situația nevăzătorilor pe grupe de vîrstă prezintă următoarea repartiție: (Tabelele 2, 3, 4, 5).

Tabelul 2.

Nevăzători identificați în 10 ani

Grupa de vîrstă	1971	1972	1973	1974	1975	1980
între 0—16 ani	497	501	491	401	474	Vezi tabel nr.5
„ 16—30 „	2.100	2.151	2.153	2.176	2.300	
„ 30—50 „	3.429	3.522	3.493	3.506	3.663	
peste 50 „	9.796	9.541	9.121	8.923	9.213	
Total:	15.822	15.715	15.258	15.006	15.650	

Tabelul 3.

Numărul nevăzătorilor pe grupe de vîrstă și sexe (31. dec. 1975)

Vîrsta	Total	Masculin	Feminin
	15.650	8,665	6.985
0—16 ani	474	258	216
16—30 „	2.300	1.256	1.044
30—50 „	3.663	2.199	1.464
peste 50 ani	9.213	4.952	4.261

Tabelul 4.

Membri ai Asociației în 1975

Grupa de vîrstă	1971	1972	1973	1974	1975
între 16—30 ani	1.764	1.854	1.900	1.975	2.087
30—50 „	3.890	3.370	3.390	3.466	3.624
peste 50 „	8.598	8.993	8.722	8.583	8.909
Total:	14.252	14.217	14.012	14.024	14.620

Tabelul 5.

Situația la 31 decembrie 1980

Grupa	Sexul					
	Bărbați	%	Femei	%	Total	%
între 0—16 ani	236		164		400	2,5
„ 16—30 „	1.336		1.089		2.425	15,0
„ 30—50 „	2.517		1.588		4.105	25,3
peste 50 „	5.095		4.187		9.282	57,2
	9.184	56,4	7.028	43,6	16.212	100,0

Din acest ultim tabel se reține că majoritatea nevăzătorilor (57,2%) au peste vîrsta de 50 ani și că un procent destul de mare (43,6) sînt femei.

O realizare importantă a fost completarea documentelor medico-sociale ale nevăzătorilor la filialele din întreaga țară, verificarea și notarea la zi a acuității vizuale restante a nevăzătorilor. Datele privitoare la acuitatea vizuală sînt redate în tabelul 6, 7 și 8.

Tabelul 6

Acuitatea vizuală a nevăzătorilor în evidență la 31 decembrie 1975 reprezentați pe grupe de vîrstă

Grupa de vîrstă	Acuitatea vizuală						Total
	0		0—0,04		0,04—0,1		
	urban	rural	urban	rural	urban	rural	
de la 0—16 ani	35	146	17	48	11	26	283
16—30 „	515	381	414	171	215	154	1850
30—50 „	1199	929	505	308	210	184	3335
peste 50 „	1748	4285	674	912	315	488	8422
Total:	3497	5741	1610	1439	751	852	13890
Total pe acuități vizuale	9.238		3.049		1.603		

Tabelul 7.

Valorile acuității vizuale, după vîrste, sexe, mediu (urban-rural), la 31 decembrie 1980

A.V.	0—16 ani				16—30 ani				30—50 ani				Total
	U		R		U		R		U		R		
	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	
0	38	27	96	56	370	209	284	207	884	423	577	360	3531
0—0,04	23	19	48	30	260	298	158	138	439	323	305	191	2232
0—04—0,1	15	16	16	16	157	167	107	70	179	183	133	108	1167
Total	76	62	160	102	787	674	549	415	1502	929	1015	659	6930

După vîrsta de 50 ani situația se prezintă astfel:

A.V.	U		Total	Procent	R		Total	procent	Procente	
	B	F			B	F				
0	1077	749	1826	57,40	2102	1831	3933	64,50	5759	62,0
0—0,04	498	355	853	26,80	778	538	1316	21,60	2169	23,4
0,04—0,1	240	263	503	15,80	400	451	851	13,90	1354	14,6
Total	1815	1367	3182	100	3280	2820	6100	100	9282	100,0
	(urban) 34,3%				(rural) 65,7%					

Tabelul 8

Nevăzătorii identificați la 1 ianuarie 1985, pe grupe de vîrstă, mediu, sexe și acuitatea vizuală (A.V.)

Vîrsta de la 0 la 6 ani

	Urban						Rural					
	Bărbați			Femei			Bărbați			Femei		
A.V.	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1
	5	—	—	4	4	—	2	5	2	3	5	1

Vîrsta de la 6 la 16 ani

	Urban						Rural					
	Bărbați			Femei			Bărbați			Femei		
A.V.	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1
	39	34	16	23	13	11	52	42	33	35	32	28

Vîrsta de la 16 la 18 ani

	Urban						Rural					
	Bărbați			Femei			Bărbați			Femei		
A.V.	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04 0,1	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1
	32	20	17	22	23	14	64	54	57	45	34	22

Vîrsta de la 18 la 50 ani

	Urban						Rural					
	Bărbați			Femei			Bărbați			Femei		
A.V.	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04 0,1	0	0—0,04	0,04 0,1	0	0—0,04	0,04 0,1
	1015	734	361	735	733	391	664	355	252	353	224	173

Vîrsta de peste 50 ani

	Urban						Rural					
	Bărbați			Femei			Bărbați			Femei		
A.V.	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04—0,1	0	0—0,04	0,04 0,1	0	0—0,04	0,04—0,1
	1198	797	319	775	593	360	1873	880	404	1493	623	329

La culegerea acestor date au contribuit, pe lîngă medici și oamenii muncii proprii ai asociației, cadrele din învățămînt, unele colective obștești și în mare măsură comisiile de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă orășenești și județene.

Trebuie remarcat că 65,7% dintre nevăzători provin din mediul rural și că un procent la 14,6 dintre ei au resturi de vedere, situație similară cu cea din anul 1975 (vezi tabelul 6).

INSTRUIREA ȘI EDUCAREA NEVĂZĂTORILOR

Pînă la începutul secolului al XX-lea la noi în țară nu au existat preocupări organizate în acest sens. Prima instituție creată pentru educarea nevăzătorilor a fost „Institutul de orbi" din Cluj deschis în 1900, urmat, în anul 1901, de Orfelinatul de copii din Focșani care avea și o secție pentru orbi. În 1904 a luat ființă „Așezămîntul de ocrotire a orbilor" din Timișoara, iar în 1906 s-a înființat la București „Societatea filantropică Vatra Luminoasă pentru toți orbii de toate vîrstele și de ambele sexe". Ulterior, au luat ființă așezăminte educative similare la Iași, Arad, Buzău etc. Toate aceste așezăminte (în care puteau fi educați 320 nevăzători) erau evident insuficiente.

După 23 August 1944, preocupările pentru nevăzători au ieșit din domeniul filantropiei și au devenit o problemă de stat, încadrată în sistemul general de învățămînt și de asistență socială.

S-a organizat învățămîntul elementar și general pentru nevăzători. Astfel, s-au înființat grădinițe pentru copii nevăzători la Cluj, Arad și Buzău, școli elementare la Buzău pentru fete, la Cluj pentru băieți, și la Tîrgul Frumos, o școală mixtă care și-a început activitatea în anul școlar 1961—1962 /31/.

Un mijloc important pentru *informarea și culturalizarea* nevăzătorilor a constituit dezvoltarea celor două tipografii braille din București și Cluj, prin editarea în braille a revistei „Viața nouă", precum și prin alte multe măsuri: crearea unor cluburi la nivelul filialelor pentru ridicarea nivelului cultural-educativ și politico-ideologic al membrilor, organizarea unor centre de lectură de cărți, broșuri, reviste, organizarea de jocuri sportive (șah, domino), activități artistice etc.

Societatea pentru răspîndirea științei și culturii a pus la dispoziția cluburilor filialelor regionale lucrări literare și științifice. La nivel central a luat ființă biblioteca cu cărți scrise în braille; s-a perfecționat scrierea prescurtată braille în limba română. Ulterior s-au înființat *cercuri literare și cenacluri literare* pentru nevăzători la București, Cluj și Iași, unde s-au elaborat primele lucrări ale nevăzătorilor, membri ai acestor cercuri.

Revista în braille „Viața nouă", reînființată în 1954, a avut un mare rol educativ, ea a urmat publicației în braille „Revista Braille" care a apărut încă din 1926 sub îngrijirea azilului de orbi „Vatra Luminoasă" elaborînd în total 67 de numere. A fost concepută ca „organul de presă al Asociației, pentru a constitui mijlocul de legătură între Asociație și masa de nevăzători". Începînd din ianuarie 1957, revista a apărut lunar, devenind un îndrumător și informator constant, regulat și competent al nevăzătorilor din țara noastră /22/.

În iunie 1956 a luat ființă orchestra Asociației care a efectuat o serie de turnee în țară, cu un nivel artistic din ce în ce mai ridicat.

La nivelul filialelor s-au organizat brigăzi artistice, s-au lărgit cercurile de lectură și s-a mărit numărul participanților la aceste brigăzi și cercuri cultural-educative.

Începînd din 1953 s-au organizat concursuri „Prietenii cărții braille". Ziua de 4 ianuarie 1959, în care s-au aniversat 150 ani de la nașterea lui Louis Braille (1809—1852), inventatorul scrierii pentru nevăzători, s-a sărbătorit la centrală și filialele Asociației prin conferințe, serbări și expoziții. Revista „Viața nouă" i-a consacrat trei numere consecutive în care s-a popularizat viața și activitatea lui Louis Braille.

În anii care au urmat, la nivelul filialelor, s-au intensificat activitățile cultural-educative, în sensul multiplicării cercurilor de lectură, a creării de noi brigăzi artistice, vizionarea de muzee, expoziții, organizarea de excursii colective, editarea unor broșuri în limba română cu rezumate în limbile de circulație internațională. S-a folosit pe scară largă „cartea vorbită" cuprinzînd lucrări din diferite domenii, imprimate pe benzi de magnetofon. S-au înființat fonoteci teritoriale la București, Cluj-Napoca, Iași, Brașov și Timișoara. Revista „Viața nouă" a intensificat publicarea lucrărilor originale ale nevăzătorilor, a inclus articole pe teme de educație și comportare în societate, de morală și de etică cetățenească adresate nevăzătorilor și văzătorilor.

În anul 1975, s-au desfășurat o serie de manifestări cultural-educative și sociale prilejuite de trei evenimente importante: două decenii de la înființarea Asociației; 75 de ani de cînd s-au pus bazele învățămîntului tiflologic în România, și 150 de ani de la crearea sistemului de scriere braille pentru nevăzători. Cu ocazia primului simpozion de tiflologie s-au prezentat o serie de comunicări cu participare interdisciplinară. S-au organizat concursuri cultural-educative și sportive cu caracter festiv; au fost emise trei serii de plicuri poștale. Acțiunile desfășurate în acel an au contribuit la

popularizarea posibilităților de afirmare a nevăzătorilor în diferite domenii de activitate.

Revista în braille „Viața nouă" și-a îmbunătățit continuu conținutul tematic. A fost introdusă rubrica „Tribuna școlii" în care apar materiale ce se adresează atît cadrelor didactice, cît și elevilor din școlile generale și profesionale speciale pentru nevăzători. O caracteristică a revistei este faptul că peste 90% din materialele publicate au fost scrise de nevăzători /22/.

Sportul și cultura fizică medicală a nevăzătorilor formează conținutul tematic al unui capitol aparte.

În ultimele decenii, s-a dezvoltat și în țara noastră *învățămîntul în probleme de defectologie* /21/, *tiflologie și de esteziologie* (știință care studiază legitățile modalităților de recepție senzorială, căile și mijloacele de optimizare a cunoașterii senzoriale — 20,28).

ORIENTAREA PROFESIONALĂ ȘI REEDUCAREA PROFESIONALĂ A NEVĂZĂTORILOR

În țara noastră preocupări organizate în acest domeniu au început în anul 1943 cînd s-au înființat primele *Centre de reeducare profesională* a nevăzătorilor. În 1951, aceste centre au fost reorganizate și transformate în școli profesionale speciale, unde nevăzătorii cu vîrsta între 15 și 40 ani erau profesionalizați în meserii potrivite. S-au creat o serie de școli profesionale speciale: la Arad pentru fete și la București pentru băieți. Pe tot timpul școlarizării, elevii au primit gratuit întreaga întreținere: cazare, masă, echipamentul necesar, iar la absolvire li s-au acordat bilete de călătorie gratuite necesare deplasării pînă la locurile de muncă la care au fost repartizați.

Încadrarea în muncă a nevăzătorilor a fost ușurată prin crearea, în 1949, la București a cooperativei „Munca orbilor" care a funcționat în cadrul Uniunii Centrale a Cooperativelor Meșteșugărești. Ulterior au fost înființate secții de nevăzători în cadrul diferitelor cooperative de invalizi din țară.

Cooperativa pentru invalizi din Cluj a fost înființată în anul 1952 sub numele de Cooperativa „Viitorul nostru", ulterior primind numele de Cooperativa „Munca Invalizilor". În anul 1981 la această cooperativă, lucrau 95 de nevăzători (din care 44 femei) și 77 de mari ambliopi (din care 57 femei).

Toți nevăzătorii sînt calificați în meseriile de cartonagiști, perieri, confecționeri piese de metal sau împletitori de mături, astfel încît pot să fie folosiți după nevoie în toate aceste profesii.

Ambliopii sînt calificați în următoarele meserii: cartonagiști, confecționeri metri din lemn, perieri, lipit pungi, mecanică fină,

marochinerie, galvanizatori, confecționat diferite piese din metal sau lemn (jucării) etc.

În noiembrie 1958 s-a înființat la Dumbrăveni un cămin-atelier unde au activat cu program redus nevăzători ce prezentau asociate și alte deficiențe neuro-locomotorii sau viscerale.

O deosebită grijă s-a acordat încadrării în muncă a nevăzătorilor, îndeosebi a tinerilor absolvenți ai școlilor profesionale pentru nevăzători.

Ca urmare a grijii Ministerului Învățămîntului și a Ministerului Sănătății și Prevederilor Sociale, după 1963, a crescut capacitatea școlilor destinate școlarizării și profesionalizării nevăzătorilor și s-a îmbunătățit dotarea acestora cu material didactic corespunzător. Cei mai dotați nevăzători au fost ajutați să-și continue studiile superioare astfel că, pînă în anul 1970, un număr de 88 nevăzători au fost încadrați în activități intelectuale ca: profesori la școli medii, cadre didactice universitare, cercetători științifici etc. Pentru nevăzătorii vîrstnici, domiciliați în mediul rural, au fost organizate cursuri de calificare de scurtă durată în meseria de confecționeri de mături, împletituri, perii /22/.

Absolvenții pe țară ai cursurilor școlare profesionale speciale din 1974 și 1975 s-au calificat în următoarele meserii (tabelul 9) /22/.

Tabelul 9.

Absolvenții cursurilor școlare profesionale speciale

Denumirea meseriilor	Anul	
	1974	1975
Confecționeri perii și mături	19	18
„ mături și ambalaje carton	44	60
„ ambalaje carton	13	12
„ ambalaje carton și împletituri	24	15
„ mături	1	7
„ saltele-plăpumi	7	—
„ împletituri nuiele și mase plastice	—	1
„ ambalaje carton și tapițerie	—	1
Lăcătuș-mecanic și cartonagist	1	—
Masori	32	8
Asistenți balneofizioterapeuți	15	15
Total:	156	137

În anul 1980 au fost înscriși pentru școlarizare un număr de 1026 nevăzători din care: în grădinițe 26; în școli generale 511; în școli profesionale 252; în licee sanitare speciale 233 și 4 studenți au urmat cursurile universitare din București, Iași, Cluj-Napoca.

Tabelul 10.

Situația încadrării în muncă a nevăzătorilor pe categorii de activitate (1975).

Denumirea activităților	Nr. nevăzătorilor încadrați în muncă		
	Total	Bărbați	Femei
Confecționeri perii	591	329	262
„ mături	252	162	90
„ ambalaje carton	1025	618	407
Lucrători presaj metale	47	35	12
Tapițeri	31	31	—
Tipografi	10	7	3
Masori	197	88	109
Asistenți balneofizioterapeuți	127	73	54
Telefoniști	45	34	11
Cadre didactice	92	66	26
Instrumentiști muzicali și soliști vocali	23	19	4
Alte activități	167	133	34
Total:	2.607	1.595	1.012

La data de 31 decembrie 1980, numărul nevăzătorilor încadrați în muncă era de 3.263, din care în cooperative meșteșugărești 2.880 în următoarele profesii: confecționeri mături 190; confecționeri perii 591; confecționeri ambalaje și cartoane 1.328; lucrători presaj metale 72; cadre didactice 106; cadre medico-sanitare 593.

Din tabelul 10 se vede numărul mare de cadre medico-sanitare încadrate în activitate în ultimii ani.

*

Din totalul de 16.234 nevăzători, în evidență la 31 decembrie 1980, 9.867 sînt pensionari din care: 3.080 — asigurări sociale de stat; 614 — pensionari CASCOM; 655 — pensionari IOVR; 4.881 — pensionari C.A.P; 342 — primesc ajutor social și 295 — alte categorii de pensionari.

*

În vederea soluționării în perspectivă a acestei importante probleme de încadrare în muncă a nevăzătorilor care constituie o etapă esențială a acțiunii de reabilitare a acestora, se studiază posibilitatea ca nevăzătorii să se califice în noi meserii la un nivel profesional corespunzător, în concordanță cu tehnica actuală și cu nevoile economiei naționale.

PREOCUPĂRI SOCIALE

Preocupările pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale nevăzătorilor s-au concretizat în multiple măsuri între care citățm: înființarea în ianuarie 1952 a căminului „Casa orbilor" din București, ce asigura celor internați casă, masă și întreaga întreținere în schimbul unei contribuții modeste.

După înființarea Asociației nevăzătorilor s-au inițiat o serie de alte măsuri ca: sprijinirea nevăzătorilor care solicitau întreținerea în spitale, trimiterea la stațiuni balneo-climaterice sau în stațiuni de odihnă, primirea unor ajutoare bănești, repartizarea de locuințe din fondul de stat, reducerea sau scutirea de impozite și unele taxe (abonamente de radio, televiziune, călătorii cu mijloace de transport în comun), procurarea unor ceasuri de mînă speciale pentru nevăzători cu prețuri reduse etc. /22/.

Prin Decretul nr. 292/1959 s-a reglementat regimul de pensionare pentru vîrstă și activitatea depusă a nevăzătorilor cărora li s-a legiferat ca vechimea minimă în muncă necesară deschiderii dreptului la pensie să fie de 15 ani pentru bărbați și 10 pentru femei, iar vîrsta de pensie s-a fixat la 50 ani pentru bărbați și 45 ani pentru femei.

Nevăzătorii vîrstnici, cei fără familii, precum și cei cu posibilități de existență reduse, au primit sprijin pentru întreținerea în cămine de bărbați, cămine de pensionari sau, după caz, în cămine-spital.

S-au acordat ajutoare bănești nevăzătorilor cu deficiențe multiple, precum și absolvenților școlilor profesionale, pînă la încadrarea lor în muncă.

Prin diferite mijloace de asistență socială preferențială pentru nevăzători s-au acordat o serie de înlesniri: dreptul la cumul a pensiei cu retribuția (dacă invaliditatea prin afecțiunea oculară s-a produs în timpul cînd persoana era în raporturi de muncă), scutirea de impozit a veniturilor realizate din retribuție, acordarea de concedii de odihnă cooperatorilor din cadrul cooperativelor meșteșugărești de minimum 18 zile lucrătoare. La o vechime de peste 14 ani, nevăzătorilor aflați în muncă, elevilor de licee, celor din liceele de specialitate, școli tehnice și profesionale, studenților și pensionarilor li s-au acordat gratuitate pentru două călătorii pe calea ferată dus-întors într-un an calendaristic, precum și gratuitatea pentru transportul în comun. S-au acordat pensii IOVR și nevăzătorilor accidentați cu mijloace de luptă în afara serviciului ordonat.

Începînd din octombrie 1966, s-au acordat ajutoare excepționale copiilor nevăzători sub vîrsta de 15 ani proveniți din familii cu situația economică deficitară.

Din anul 1973 s-au intensificat preocupările pentru procurarea sau confecționarea de ustensile și aparatură tiflotehnică: ceasuri braille, plăci de scris ș.a. S-au înființat ateliere pentru confecționarea de bastoane pliante, metri braille, dispozitive de turnat lichide, avertizoare de fiert lapte, dispozitive de tras ață în ac etc. /22/.

În sprijinul nevăzătorilor s-a mai acționat prin scutirea de impozite a metrilor braille confecționați de Cooperativa „Munca invalizilor" din Cluj. S-a obținut aprobarea ca sumele necesare pentru întreținerea copiilor nevăzătorilor în creșe și grădinițe să fie achitate de către unitățile unde lucrează părinții acestora; s-au micșorat taxele pentru corespondența simplă a nevăzătorilor, au fost scutiți de plata taxei de înscriere și de abonament pentru radio, radioficare și televizor.

Începînd din 1975 s-a constituit „Comisia pentru scrierea și cartea braille" cu scopul studierii diferitelor sisteme de grafică în braille recomandate de Consiliul mondial braille de pe lîngă UNESCO, și a elaborării de semne grafice în braille pentru semnele grafice din scrierea obișnuită în limba română care nu au corespondent în braille, adoptarea și unificarea unor semne grafice sau ortografice folosite sub forme diferite de unitățile școlare de nevăzători și de cele două tipografii braille din țară, adoptarea și elaborarea unui sistem unic de semne matematice, de geografie, fizică, chimie, muzică, șah etc., în concordanță cu sistemul și tendințele de unificare a acestora pe plan mondial.

În aprilie 1976 și-a început efectiv activitatea o comisie care are ca scop îmbunătățirea scrierii în braille /18/.

Din anul 1974, conform Legii nr. 57/1974, retribuția tarifară a nevăzătorilor cu boli asociate este mai mare cu 15% pentru cei încadrați în gradul II de invaliditate, și 35% pentru cei încadrați în gradul I de invaliditate decît a văzătorilor de la locurile de muncă respective. Au fost aprobate pentru nevăzătorii încadrați în activitate și alte înlesniri ca: achiziționarea preferențială de lemne de foc, aprobări pentru masă la cantinele de ajutor social, internări în unitățile de ocrotire, scutiri de impozite, programare pentru consultații medicale, procurarea de medicamente, proteze, lentile de ochelari, internări în spitale, înscrieri la pensie și ajutor social etc. /24/.

La 31 decembrie 1980 funcționau 57 dormitoare cu 278 locuri pentru nefamiliști.

II.2. FILIALA CLUJ A ASOCIAȚIEI NEVĂZĂTORILOR DIN ȚARA NOASTRĂ

În evidența filialei Cluj — care cuprinde nevăzătorii din județele Cluj și Bistrița-Năsăud sînt 1083 nevăzători din care 643 /59,3%/ bărbați și 440 /40,7%/ femei*. Dintre aceștia — la 31 decembrie 1985 — 230 erau încadrați în muncă după cum urmează: perieri, cartonagiști, împletitori, tapițeri, tricoteuri, masori, asistenți medicali balneo-fizioterapeuți, telefoniști, cadre didactice și alte activități; 118 lucrează în cooperativele meșteșugărești.

Toți cei 230 de nevăzători sînt calificați în școli profesionale, la locul de muncă, în școli tehnice ori superioare; 133 dintre ei citesc în braille.

Un număr de 598 nevăzători sînt pensionari pentru activitatea depusă și limită de vîrstă sau sînt pensionari de invaliditate.

Pregătirea profesională a celor 230 nevăzători încadrați în muncă s-a efectuat după cum urmează: 36 în școli generale, 127 în școli profesionale, 27 în școli medii, 26 în învățămîntul superior, iar 14 în alte școli.

În tabelul 16 este redată acuitatea vizuală pe vîrste și sexe.

Tabelul 11.

Acuitatea vizuală a nevăzătorilor din Filiala Cluj la 31 decembrie 1979 pe vîrste și sexe

Acuitatea vizuală.	Mediu	0—16 ani		16—20 ani		30—50 ani		peste 50 ani		Total		Total general
		B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	
O	urban	5	2	30	12	61	29	74	58	170	101	271
	rural	12	9	17	7	35	16	128	108	192	140	332
0—0.4	urban	2	1	18	19	30	24	31	27	81	71	152
	rural	10	7	5	4	22	6	42	24	79	41	120
0,04—0,10	urban	1	2	13	13	9	19	6	18	29	52	81
	rural	4	3	4	2	15	6	27	14	50	25	75
TOTAL		34	24	87	57	172	100	308	249	601	430	1031
Procente din total de sexe:									58,58%,	41,42%		

Situația pentru anul 1985 este aproape identică cu cea a anului 1979

* Datele statistice ne-au fost oferite de conducerea filialei Cluj, președinte Petru Timiș, instructor cultural Ilie Furtună și Vasile Laurențiu Crișan, instructor social, cărora le aducem pe această cale mulțumiri.

Din tabelul 11 se poate observa — întocmai ca și în cazul situației nevăzătorilor din întreaga țară — că numărul cel mai mare de nevăzători depășesc vîrsta de 50 ani, atît la bărbați cît și la femei. Se mai observă că femeile nevăzătoare reprezintă aproape jumătate (41,42%) din totalul nevăzătorilor, ceea ce justifică preocupările pentru prezentarea particularităților recuperatorii ale acestora (vor fi expuse într-un capitol aparte).

Conducerea filialei Cluj — asemenea altor filiale din țară — se preocupă de rezolvarea variatelor probleme pe care le ridică viața și munca nevăzătorilor. Se îngrijește de depistarea, școlarizarea, profesionalizarea și încadrarea lor în muncă, îi sprijină pentru menținerea locului de muncă și în rezolvarea altor probleme sociale și de culturalizare ale acestora.

La nivelul filialei Cluj funcționează cercul „Mugurii" unde se prezintă lucrări literare din care cele mai bune apar scrise, adesea în braille, în diferite reviste și ziare locale sau centrale.

Filiala are cluburi la Cluj-Napoca și Turda.

Biblioteca filialei are peste 3000 volume, cea mai mare parte în braille. O serie de profesori nevăzători activi sau pensionari, pentru activitatea depusă ori limită de vîrstă, transcriu în braille și predau bibliotecii filialei diferite opere din clasicii români sau universali; menționăm în mod deosebit pe profesorul Roman Dănilă.

O serie de conferințe cu teme de actualitate mențin și dezvoltă nivelul cultural și ideologic al membrilor filialei.

Cei mai talentați nevăzători participă, cu rezultate bune, la Festivalul național „Cîntarea României" și la concursurile organizate pe teme de „Proză și poezie".

Sportivii filialei au luat parte la diferite concursuri oficiale și amicale, din țară și străinătate, la secțiile: șah, popice și atletism, obținînd rezultate bune.

II.3. RELAȚIILE INTERNAȚIONALE ALE ASOCIAȚIEI NEVĂZĂTORILOR DIN R. S. ROMÂNIA

Relațiile Asociației nevăzătorilor din țara noastră cu asociațiile similare din alte țări s-au concretizat încă de la înființarea acesteia prin consfătuiri, simpozioane, conferințe, congrese, vizite de documentare, schimburi de publicații și diferite alte acțiuni. Ele au prilejuit colaborarea și schimburi de experiență utile în multiple aspecte medico-sociale.

În septembrie 1956, o delegație a Asociației nevăzătorilor a făcut o vizită de documentare în URSS — la Moscova și Leningrad — unde a luat cunoștință de realizările asociației nevăzătorilor din țara vecină. Ulterior, au mai fost vizitate R. P. Ungaria, R. S. Cehoslovacia, R. S. F. Jugoslavia, R. D. Germania, R. P. Polonia, R. P. Bulgaria și R. P. Chineză.

În 1967 o delegație a participat la Simpozionul internațional ținut la Berlin cu tema: „Reabilitarea profesională a deficienților vizuali". Delegația română a prezentat patru lucrări, bine apreciate. În 1968, s-a participat la următoarele manifestări cultural-educative: aniversarea a 100 ani de la înființarea Institutului național regal pentru nevăzători din Londra; la ședința Comitetului european al Consiliului Mondial pentru bunăstarea nevăzătorilor (W.C.W.B.); la aniversarea a 50 de ani de la înființarea Asociației nevăzătorilor și ambliopilor din R. P. Ungară.

În 1972, s-a participat la Simpozionul „Recuperarea nevăzătorilor în profesii care presupun pregătire universitară și tehnică în condițiile progresului tehnico-științific". Lucrările simpozionului au relevat faptul că progresul științifico-tehnic în lumea contemporană nu limitează, ci, dimpotrivă, lărgește posibilitățile încadrării deficienților vizuali în diferite activități, inclusiv cele predominant intelectuale.

Începînd din anul 1968, Asociația nevăzătorilor din țara noastră a primit vizita a o serie de delegații din țările socialiste.

În septembrie 1973, delegați și din țara noastră au luat parte la lucrările Conferinței europene asupra scrierii braille, oganizată la Oslo, de către Asociația nevăzătorilor din Norvegia.

În mai 1974 s-au ținut la Moscova lucrările Adunării generale a Comitetului regional european al W.C.W.B., în care s-au dezbătut o serie de probleme privitoare la integrarea nevăzătorilor în societate.

În 1975, la Moscova, s-a participat la Congresul al XIII-lea al Asociației nevăzătorilor din R.S.F.S.R. (V.O.S.) și la festivitatea prilejuită de aniversarea a 50 de ani de la înființarea acestei organizații.

În ianuarie 1984, o delegație a Asociației nevăzătorilor din țara noastră a făcut o vizită Asociației nevăzătorilor din Polonia, iar ca răspuns, aceasta a întors vizita în septembrie. În același an, o delegație a nevăzătorilor din țara noastră a vizitat diverse instituții și întreprinderi ale nevăzătorilor din R. D. Germania /36/.

*

Forumul internațional al nevăzătorilor este „Consiliul Mondial pentru bunăstarea nevăzătorilor" (W.C.W.B.), care a fost înființat în 1951 la Paris. El are ca scop principal colaborarea cu forurile naționale și internaționale pentru promovarea intereselor nevăzătorilor din toate țările lumii. Acest for mondial colaborează cu organisme de specialitate ale Organizației Națiunilor Unite (O.N.U.), UNESCO, UNICEF, OIT, militînd și promovînd interesele majore biologice și socio-profesionale ale nevăzătorilor de pretutindeni /25/. Reuniunile sale sînt anuale sau din doi în doi ani: în 1976 a avut loc la Geneva, în 1978 la Praga, în 1979 la Anvers (Belgia).

În mai 1976 s-a ținut în R. D. Germania un simpozion la care s-au dezbătut diferite probleme privitoare la educația și instruirea copiilor nevăzători și a familiilor acestora. S-a insistat ca părinții copiilor nevăzători să adopte față de aceștia o atitudine afectuoasă, să manifeste încredere față de posibilitățile lor de a învăța și de a se profesionaliza, să se instruiască în acest sens, consultînd lucrări de specialitate sau prin contact cu alți părinți de nevăzători în scopul unor utile schimburi de experiență /16/. Calitățile necesare însoțitorilor nevăzătorilor, în viața extraprofesională a acestora, au fost subliniate într-o lucrare recentă, de T. Părăian /24/.

Anul 1976 a fost declarat „Anul internațional pentru prevenirea cecității în lume".

În martie 1980 s-a ținut la București Simpozionul „Recuperarea capacității de muncă protejată la handicapații de diferite categorii". Masa rotundă, organizată cu acest prilej, a dezbătut această temă privind nevăzătorii. S-a arătat necesitatea creării de locuri de muncă protejate — tip cooperativele de invalizi — pentru nevăzători în toate județele țării și înființarea lor unde acestea nu există încă. S-a dezbătut de asemenea posibilitatea acordării muncii la domiciliu, care să includă și nevăzători.

În aprilie 1980, s-a ținut la Sofia o Conferință internațională cu tema „Perspectivele de recuperare socioprofesională a deficienților vizuali". Rapoartele și referatele prezentate s-au referit la importanta problemă a încadrării în activitate a nevăzătorilor, unanim recunoscută ca factor determinant al recuperării lor sociale. În acest sens, s-au manifestat următoarele tendințe:

— Necesitatea ca o anumită parte din nevăzători să fie orientați către activități de înaltă calificare; este vorba desigur de nevăzători inteligenți, fără alte deficiențe, care manifestă aptitudini și dorință pentru aceasta;

— Dezvoltarea activității la domiciliu, o altă tendință viu susținută de către o parte din delegați; pentru această activitate sînt mai potriviți nevăzătorii cu eventuale deficiențe locomotorii aso-

ciate, cu calificare simplă și cu posibilități de aparatură și spațiu necesar desfășurării procesului de producție;

— Organizarea unor unități specializate cu un efectiv sporit de nevăzători, după tipul cooperativelor „Munca invalizilor pentru nevăzători și ambliopi" de la noi.

Concluziile conferinței s-au încheiat cu recomandări pentru organizarea de unități specializate pentru nevăzători — aceasta fiind măsura optimă pratic realizabilă în momentul de față /2/.

În noiembrie 1980 s-au ținut la Praga lucrările Conferinței europene, privitoare la deficiențele vizuale, sub egida „Organisation mondiale pour la promotion sociale des aveugles".

În 1981 s-au organizat o serie de seminarii internaționale privitoare la variatele probleme pe care le ridică femeile nevăzătoare, cu deosebire în Asia (Kuala Lumpur-Malaiesia) și Africa (Addis-Abeba — Etiopia).

În octombrie 1982 s-a ținut la Moscova Conferința internațională privitoare la stabilirea unui sistem comun de notații muzicale în braille. În august 1884 s-a ținut la Debrețin (Ungaria) cea de a V-a Consfătuire a redactorilor presei în braille din țările socialiste.

În iunie 1984 a avut loc la Sao Paulo (Brazilia) un seminar internațional al deficienților de vedere din America Latină.

La începutul anului 1985 a avut loc la Strassbourg (Franța) o conferință internațională asupra viitorului pe care-l au telefoniștii deficienți de vedere.

Cea de a doua adunare generală a Asociației internaționale a sportivilor nevăzători (A.I.S.P.) s-a ținut în mai 1985 în Norvegia.

Notăm un fapt deosebit de important: crearea în 1984 a Uniunii Mondiale a Nevăzătorilor — UMU sau W.B.U., după acronimul denumirii engleze „World Blind Union", ce înlocuiește cele două organizații mondiale existente mai înainte „Federația Internațională a Nevăzătorilor — F.I.N. și Consiliul Mondial pentru Bunăstarea Nevăzătorilor" C.M.B.N. sau W.C.W.B., după denumirea engleză: „World Council, for the Welfare of the Blind", în ședința de la Riyad, Arabia Saudită (36).

DIN ISTORIA OCROTIRII NEVĂZĂTORILOR ÎN UNELE ȚĂRI STRĂINE

Deși majoritatea nevăzătorilor au trăit în trecut în condiții vitrege, au existat peste tot și în fiecare etapă istorică preocupări pentru ocrotirea acestora. Cîțiva nevăzători au contribuit la dezvoltarea culturii umane naționale sau chiar universale.

Homer este considerat ca primul nevăzător care a adus o contribuție durabilă, peste milenii și de valoare universală unanim recunoscută.

John Milton (1608—1674), devenit nevăzător la o vîrstă ceva mai înaintată, și-a scris o parte din minunatele sale poezii ca nevăzător.

Louis Braille (1809—1852) este inventatorul scrierii pentru nevăzători, folosită astăzi de nevăzătorii din întreaga lume.

Pierre Willey, mare pedagog, a scris o serie de lucrări pedagogice între care *Pedagogia nevăzătorilor* în 1922; el a conceput celebrul aforism: „Lumina nevăzătorului este munca".

Hellen Keller (1880—1968), scriitoare de renume internațional, autoare a o serie de romane, din care amintim: *Optimismul, Lumea mea, Cîntecul peretelui de piatră, Afară din întuneric, Ușă deschisă.* Ea a fost apreciată și de către marii scriitori. Mark Twain o considera „cea mai interesantă personalitate a veacului nostru". Prezența în viața socială și culturală a Hellenei Keller a fost considerată ca un „miracol al condiției umane" /29/.

I. V. Tassu (1878—1951) a fost unul din cei mai activi militanți români din prima jumătate a secolului nostru, pentru dezvoltarea învățămîntului tiflopedagogic românesc și pentru asigurarea unei condiții umane nevăzătorilor cît mai apropiată de cea a celor cu vedere.

Revenind mai aproape de epoca noastră, amintim și alte nume:

Alicia Alonso, celebră dansatoare și coregrafă cubaneză, care este una dintre cele mai mari balerine ale lumii contemporane.

Helmuth Walcha, compozitor, organist și pedagog vest-german, născut în 1907, la Leipzig.

Florica Sandu, tiflopedagog de renume mondial, între ai cărui elevi recuperați se distinge profesorul nevăzător și surd, la început și mut, Vasile Adamescu, din Cluj-Napoca.

Soții George și Matilde Halarevici Mell, care în lunga lor activitate au adus o importantă contribuție la promovarea tiflologiei românești.

Stevie Wonder, cîntăreț nevăzător de culoare, american, a primit în 1984 premiul Oscar, pentru „cel mai frumos cîntec pe care l-a interpretat în filmul *Femeia în roșu*" /36/.

*

Referindu-ne la istoricul așezămintelor pentru nevăzători în lume, notăm că în anul 1260, regele Ludovic al IX-lea al Franței a înființat pentru nevăzători un așezămînt care era un fel de combinație între un azil și o instituție comercială. Această unitate a

fost singura înființată în secolul al XIII-lea; ea a continuat să funcționeze de-a lungul timpurilor, chiar și în secolul nostru.

Tot în Franța, în 1784, Valentin Häuy a înființat clase pentru nevăzători în cadrul școlilor de cultură generală, sistem care ulterior a fost introdus și în alte țări ale Europei. În anul 1791 școala a fost preluată de stat /8/.

În 1832 în SUA s-au deschis trei școli pentru nevăzători la Boston, Philadelphia și New-York.

S-au creat și școli pentru nevăzătorii surzi, dar nu au dat rezultatele așteptate.

În același timp cu școlile amintite s-au înființat și ateliere pentru nevăzători, unde aceștia învățau să confecționeze: mături, perii și pământufuri. În SUA nu s-a promovat însușirea altor profesii ca în Europa, decît după cel de al II-lea război mondial, cînd prin reducerea numerică a muncitorilor valizi au fost antrenați nevăzătorii. Ei au dovedit practic că pot deveni tehnicieni industriali, că pot să opereze cu perforatoarele, burghiele și strungurile.

În 1879, la propunerea Congresului, a luat naștere „Fundația americană pentru nevăzători", iar în cadrul acesteia, în 1921, s-a început tipărirea de cărți pentru ei.

În 1935, s-a elaborat *Actul de securitate socială a nevăzătorilor* care a stat ulterior la baza înființării multor organizații naționale similare în toate continentele lumii.

În 1943 s-a semnat *Actul de reabilitare* care a însemnat începutul organizării activității de reabilitare a nevăzătorilor.

În timpul celui de-al II-lea război mondial, activitatea nevăzătorilor în industrie a devenit deosebit de rentabilă, prin lipsa de brațe de muncă valide din acea vreme.

Asociații ale nevăzătorilor s-au constituit în aproape toate țările din lume.

În Uniunea Sovietică, Asociația nevăzătorilor, s-a înființat după instaurarea puterii sovietice și numără azi peste 150.000 de membri (I. Galkin — 12).

În R. P. Chineză, Asociația nevăzătorilor și surzilor s-a înființat în 1960. În această țară funcționează 9 școli speciale pentru nevăzători, 32 școli pentru nevăzători și surzi și 2 școli pentru văzători cu clase speciale pentru deficienții de vedere /36/.

În Bulgaria, prima școală specială pentru nevăzători s-a înființat în 1905 prin strădaniile profesorului Ivan Șișmanov, pe atunci ministru al învățămîntului. În 1966 s-a deschis, la Plovdiv, Centrul de readaptare a nevăzătorilor din această țară /36/.

În Elveția, începutul asistenței speciale pentru deficienții vizuali se consideră anul 1842 prin deschiderea unui dispensar oftalmologic în locuința dr. Frédérik Rekorden /36/.

În Germania, asistența deficienților vizuali are o veche tradiție. În 1905 în orașul Hamburg (R. F. Germania), s-a înființat prima bibliotecă pentru nevăzători; azi aceasta adăpostește o mare „bibliotecă sonoră" /36/.

*

După anul 1950, s-au înființat o serie de centre de reabilitare pentru nevăzători și s-au pus bazele teoretice ale echipelor de reabilitare în scopul ajutării nevăzătorilor pentru ca să dobîndească deprinderi în comunicare, în folosirea uneltelor, în probleme de ordin psihic sau de activitate curentă: folosirea telefonului, recunoașterea monedelor, îngrijirea și folosirea lucrurilor personale (butonii, cravata), folosirea bastonului, identificarea anturajului cu ajutorul auzului, pipăitului /32,34/.

În ultimii ani s-au acordat nevăzătorilor din diferite țări o serie de avantaje sociale și financiare, care urmăresc să asigure o egalitate cît mai reală a acestora cu văzătorii. Asupra acestor probleme s-a insistat în nr. 2 al Revistei nevăzătorilor din Europa și într-un număr mai recent (8) care se referă la traducerea în practică a „Declarației drepturilor sociale ale nevăzătorilor" formulate la Conferința de la Praga din 1978, care au fost astfel schematizate /32/:

— *Reeducarea elementară*, precedată de catagrafierea nevăzătorilor de toate vîrstele, explorarea, precizarea diagnosticului morfofuncțional și aplicarea tratamentului corespunzător în mod gratuit; reeducare pentru cîștigarea unei autonomii optime (orientare și mobilitate); învățarea scrierii și cititului în braille; învățarea folosirii aparaturii tiflotehnice (toate acestea organizîndu-se pe cît posibil în cartierul propriu de domiciliu al nevăzătorului); în fine integrarea familiilor acestora în programul de reeducare;

— *Școlarizarea și reeducarea* prevede educarea în familie în primii 6 ani; accesul la toate școlile în funcție de competențele individuale, acordarea gratuită a manualelor și a altor obiecte școlare (mașini de scris tiflografice sau normale și magnetofoane), alocații pentru studenții orbi și pentru persoanele ce-i ajută la lectura diferitelor materiale;

— *Reeducarea profesională și încadrarea în muncă* constînd în orientarea profesională, reorientarea sau reciclarea după nevoie; organizarea de locuri de muncă potrivite pentru ei; garantarea menținerii locului de muncă ales; acordarea de concedii suplimentare de 5 zile (pentru a compensa supraefortul cauzat de cecitate), posi-

bilitatea de a lucra la domiciliu pentru raţiuni medicale şi/sau familiale; amenajarea de locuri de muncă potrivite polihandicapaţilor;

— *Asigurări sociale şi pensii* pentru cei care au devenit nevăzători la vîrste tinere, primirea integrală atît a pensiei cît şi a retribuţiei pentru activitatea depusă;

— *Compensaţia financiară a cecităţii,* pentru asigurarea garanţiei egalităţii şanselor cu văzătorii, care se ridică la 50% din cuantumul mediei pensiilor (pentru persoanele cu cecitate completă);

— *Diverse:* acordarea gratuită a auxiliarelor pentru: şcoală, muncă, perfecţionare profesională, a celor tehnice, ajutoare financiare, încurajarea prin subvenţii publice a producţiei nevăzătorilor şi confecţionării de auxiliare pentru nevăzători;

— *Cîini pentru nevăzători:* Se acordă gratuit cîini dresaţi, scutiţi de taxe, cu asistenţă veterinară gratuită; aprobarea accesului acestor cîini în localurile publice (magazine alimentare, restaurante) şi pe toate transporturile publice;

— *Serviciile transporturilor:* gratuitate pe toate mijloacele de transporturi publice a nevăzătorilor, a însoţitorului şi/sau, eventual, a cîinelui însoţitor; taxe reduse pentru transporturi interurbane; (căi ferate, autocare, avioane) pentru nevăzător şi însoţitorul său;

— *Servicii poştale:* gratuitate pentru instalarea şi apoi scutirea de taxe pentru radio, televiziune, telefoane, pentru transporturi sau poştă a pachetelor cu imprimate în braille mai mici de 7 kg, pentru hîrtia pentru plicuri poştale, bande de magnetofon, auxiliare pentru nevăzători;

— *Distracţii:* reducerea taxei cu 50% pentru nevăzători şi însoţitorii lor la spectacole culturale, conferinţe ştiinţifice, întîlniri sportive;

— *Impozite:* scutirea de impozite pentru cumpărarea unui teren, a unui apartament, a unui automobil, precum şi scutirea de impozite pentru salarii, impozite pe patente şi cifra de afaceri;

— *Îngrijiri medicale şi medicamente gratuite* în spitale, la nevoie, şi pentru cure termale, la intervale regulate;

— *Nevăzătorii bătrîni* sînt ajutaţi pentru a primi locuinţe corespunzătoare ca: situaţie, confort tehnic, suprafaţă locuibilă, auxiliare (pentru spălatul şi uscatul rufelor, menaj etc.); plasarea nevăzătorului într-o casă pentru nevăzători, dacă acesta doreşte; ş.a.

— *În diferite ţări s-au creat noi asociaţii pentru sprijinirea nevăzătorilor* /10/.

*

Menţionăm cîteva din realizările ultimilor ani referitoare la ameliorarea condiţiei umane a nevăzătorilor

S-a creat o puşcă pneumatică pentru tragere la ţintă, realizată de laboratorul tiflotehnic din Sverdlovsk (URSS), s-au marcat marginile bordurilor şi peroanelor de la gări de culoare albă, astfel încît slab-văzătorii să le poată distinge (Elveţia); în 1983 a fost inaugurată la Torino (Italia) prima tipografie braille automatizată; în 1982 s-a deschis la Paris prima expoziţie de artă pentru cei lipsiţi de vedere; generalizarea optaconului de dimensiuni mici (aparat capabil să transforme literele tiparului normal în litere scoase în relief); realizarea unei maşini de scris note muzicale care poate fi folosită şi de nevăzători numită „Pavey Muzigraph"; realizarea de ceasornice—brăţară vorbitoare, accesibile unui mare număr de nevăzători în Canada şi alte ţări; confecţionare de hărţi geografice în relief; organizarea de cursuri speciale pentru readaptarea nevăzătorilor surzi tardivi, la diferite activităţi; inventarea unor ochelari detectori de obstacole (în China); construirea de maşini de sterografiat pentru nevăzători, cu claviatură silabică (R. P. Bulgaria); s-au creat diverse asociaţii ale esperantiştilor nevăzători, astfel că în vara anului 1984 s-a ţinut al 53-lea Congres internaţional la Ausburg (R. F. Germania); s-a creat un prototip de „cub Rubic" pentru nevăzători (Bulgaria); s-au construit maşini de citit pentru nevăzători (Japonia); preocupări deosebite — în ultimii ani — pentru reeducarea nevăzătorilor surzi sub egida organizaţiei „Helen Keller" (date culese din revista Viaţa Nouă /36/). Este în stadiu de finisare tehnica cititului cu buzele pentru nevăzătorii lipsiţi de braţe (38). Se insistă pentru dezvoltarea şi generalizarea reprezentărilor în relief pentru nevăzători /37/ cu importante implicaţii în viaţa nevăzătorilor: mijloc de informaţie şi ajutor tehnic, educaţie, orientare şi antrenament al locomoţiei, productivitate şi schimb de informaţii. Grija deosebită a organelor noastre centrale de partid şi de stat pentru continua ameliorare a condiţiei umane a nevăzătorilor din ţara noastră s-a manifestat şi de curînd, în octombrie 1985, cînd s-au reactivat sarcinile organelor locale de partid şi de stat pentru ajutarea multilaterală a nevăzătorilor, astfel ca ei să poată contribui la dezvoltarea economică şi socio-culturală a ţării.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anastasiu, George, Constantinescu, Vl., *Organizarea şi asistenţa deficienţilor din Ţara Românească şi Moldova în secolele XV—XVIII,* în vol. *Contribuţii la istoria învăţămîntului special din România.*

2. Anastasiu, George, *Conferința internațională asupra perspectivelor de recuperare socioprofesională a deficienților de vedere,* Viața Nouă, 3, 1980, 10.
3. Anastasiu, G., Marcu, I., *Contribuții privind ideea de asistență în Moldova și Țara Românească, Instituții și forme de educare, instruire și ajutoare a nevăzătorilor din țara noastră,* Asociația nevăzătorilor din R. S. România, 1981.
4. Banu, G., *Sănătatea poporului român,* Fundația pentru literatură și artă, Regele Carol I., București, 1935, 267—271.
5. Ciornenschi, Al., *Învățământul preșcolar și general pentru deficienții de vedere (1952—1975).* Comunicare prezentată la primul simpozion tiflologic din România, București, 6—7 sept. 1975. Vol. lucrărilor 65—72.
6. Dănilă, Roman *Învățământul profesional și Școala specială de orbi din Cluj (istorie 1900—1975),* Comunicare prezentată la primul simpozion tiflologic din România, București, 6—7 sept. 1975, Vol. lucrărilor 73—81.
7. Dănilă, Roman, *Din istoria scrierii Braille în limba română,* în vol. *Contribuții la istoria învățământului special din România,* Ed. didactică și pedagogică, București, 1968, 70.
8. Dănilă, Roman, *Cea mai veche școală pentru nevăzători din lume,* Viața Nouă, 1, 1981, 22.
9. Dăscălescu, R., Tudoran, G., Constantinescu, Vl., *Cartea pentru nevăzători în România,* în vol. *Contribuții la istoria învățământului special din România.* Editura didactică și pedagogică, București, 1968, 90.
10. Devler, Hil, *Survey of Social benefits for the Blind,* Review of the European Blind 3, 1980, 18.
11. Dunham, R. J., *Blindness and Visual Impairment,* în Vol. *Disability and Rehabilitation Handbook,* Editor in Chief Robert M. Goldenson, 1978.
12. Galkin, I., *Asociația unională a orbilor. Scopul și sarcinile ei,* Soțialnoe obespecenie (Moscova), 10, 1962, 40.
13. Glăvan, I., Glăvan, I. I., *Din preocupările medicilor oftalmologi români în legătură cu problema orbilor,* în vol. *Contribuții la istoria învățământului special din România,* Ed. Did. și Ped., București, 1968, 62.
14. Izsák, S., *Oftalmologul Frederic Grosz (1789—1858) și Institutul pentru vindecarea orbilor săraci din Oradea,* Oftalmologia, XIV, 1, 1970, 81—87.
15. Lungu, S., *Ion V. Tassu, promotor al învățământului orbilor în țara noastră,* în vol. *Contribuții la istoria învățământului special din România,* Ed. Did. și Ped., București, 1968. 213.
16. Marcu, I., Popescu, I., *Simpozionul Internațional privind educarea copiilor nevăzători preșcolari și îndrumarea familiei,* Viața Nouă, 3, 1976, 3.
17. Marcu, Ioan, *Începuturile, evoluția și structura actuală a învățământului special pentru nevăzători în România,* Comunicare prezentată la Primul simpozion tiflologic din România, București 6—7 sept. 1975, Vol. lucrărilor, 54—65.
18. Marcu, I., *Prima ședință a Comisiei pentru scrierea și cartea braille,* Viața Nouă 2, 1976, 10.
19. Marcu, I., Dănilă R., *George Halarevici, dascăl și prieten al nevăzătorilor,* în vol. *Contribuții la istoria învățământului special din România,* Ed. Did. și Ped., București, 1968, 196.
20. Marcu, I. *Liviu Iacob Lupea — distins înaintaș al tiflopedagogiei românești,* Viața Nouă, 1, 1981, 6.
21. Mare, V., Popescu, Gh., Sorescu, V., *Unele aspecte ale dezvoltării învățământului special și a defectologiei din ultimii ani,* în vol. *Contribuții la istoria învățământului special din România,* Editura Didactică și Pedagogică, București, 1968, 245.

22. Mateescu, I., Micu, Al., Coconeț, I., *Asociația nevăzătorilor din Republica Socialistă România,* Monografie, București, 1977.
23. Miculescu, D., *Șase decenii de la apariția în braille a unei cărți de citire în limba română,* Viața Nouă, 4, 1977, 13.
24. Părăian, T., *Câteva indicații pentru nevăzători și însoțitorii acestora,* Viață Nouă, 3, 1976, 5.
25. Pop, Gh., Opreanu, Șerban *A VIII-a Adunare Generală a CRE al W.C.W.B.,* Viața Nouă, 4, 9.
26. Rosin, A., *Din începuturile oftalmologiei și ale învățământului oftalmologic din România,* Viața Nouă, 1, 1977, 8.
27. Roth, Walter, *Preocupări în legătură cu problema deficienților vizuali în perioada premergătoare înființării învățământului tiflopedagogic din țara noastră,* Comunicare prezentată la Primul simpozion tiflologic din România, București 6—7 sept. 1975, Vol. lucrărilor, 48—53.
28. Roth, Walter, *Esteziologia, disciplină științifică importantă pentru recuperarea deficienților vizuali,* Viața Nouă, 1, 1979, 7.
29. Roth, Walter, *Hellen Keller, o ipostază și un triumf al condiției umane,* Viața Nouă, 4, 1980, 4.
30. Segal, N., *150 de ani de existență a Secției de oftalmologie din Oradea,* Oftalmologia, 1, 1981, 75.
31. Stanciu, Stoian, *Introducere la Volumul Contribuții la istoria învățământului special din România,* Ed. Did. și Ped., București, 1968, 7.
32. Sved, Jensen, *Social Rights of the Blind,* Review of the European Blind, 3, 1980, 26.
33. Șerban, Mihai, *Nevăzătorii noștri în vechi documente și hrisoave,* Viața Nouă, 1, 1976, 19.
34. World Council for the Welfare of the Blind, nr. 65, Septembrie 1980.
35. * * * Statutul Asociației nevăzătorilor din Republica Socialistă România, 1971.
36. * * * Viața Nouă (București) numerele din anii 1981, 1982, 1983, 1984 și nr. 1—2 din anul 1985.
37. * * * La Conférence internationale sur les représentation en relief pour les aveugles: *Wolfgang Fromm,* Revue des aveugles europeens nr. 4. 1984. 2.
38. * * * La lecture avec les lèvres — une technique de lecture pour les aveugles privés de bras, de Andrzej Lewandowski (Polonia) Revue des aveugles européens 2, 1983, 28.

III. ASPECTE ALE ECONOMICITĂȚII PRIVITOARE LA BOLNAVI OCULARI ȘI RECUPERAREA LOR

III. 1. PROBLEMA EFICIENȚEI ACTIVITĂȚII MEDICO-SANITARE

Pornind de la faptul unanim recunoscut că orice activitate umană trebuie să aibă o eficiență, care în esența ei se reduce la raportul: cost/rezultatul obținut, se pune întrebarea în ce măsură bolile oculare și în mod deosebit ambliopii și nevăzătorii determină dereglarea acestui raport. Se impune cuantificarea cît se poate de exactă a acestora și modul cum cheltuielile ar putea să fie reduse obținînd rezultate cît mai bune, concretizate prin scăderea morbidității generale, a morbidității cu incapacitate temporară de muncă (I.T.M.) și a invalidității prin aceste boli.

Pierderile ce rezultă ca urmare a ieșirii din activitate pe motiv de boală a unui operator uman se pot clasifica în două mari grupe: pierderi materiale și pierderi nemateriale.

Pierderile materiale se pot cuantifica destul de exact, cele *nemateriale* sînt mult mai greu de estimat; ele rezultă din prejudiciul psihic al omului muncii care prin boală este lezat în libertatea sa de a activa, de a fi eficient pentru el însuși, familie și societate. Deficienții oculari și cu deosebire semi/sau nevăzătorii resimt în mod intens acest handicap. Lipsa vederii determină unul din cele mai apăsătoare prejudicii morale și materiale.

Se consideră în mod obișnuit că pierderile economice materiale determinate de un grup de boli sînt reprezentate de cheltuielile necesare: prevenirii, precizării diagnosticului (respectiv pentru efectuarea explorărilor în acest scop), tratamentului obișnuit și tratamentului recuperator. Se mai adaugă pierderile economice determinate de ieșirea din activitatea organizată a bolnavului respectiv.

La nevăzători, aceste pierderi sînt mari, atît cele privitoare la pierderile sociale, dar mai ales pierderile proprii, individuale ale nevăzătorilor care rezultă din cheltuielile suplimentare ale acestora, asupra cărora se insistă în cele ce urmează. În sectorul medico-sanitar, pierderile economice cauzate de boală pot să fie calculate după formule precise elaborate de OMS. Iată una din aceste formule:

$$P.ec. = Z/(G—R)+S+C/ \text{ unde,}$$

- $P.ec.$ = Pierderile economice
- Z = Zile de muncă pierdute prin incapacitate temporară de muncă
- G = Producția globală efectuată de un om (cu un anumit profil și calificare în muncă) pe zi, calculată în lei
- R = Retribuția muncii în medie pe zi a muncitorului (cu un anumit profil și calificare în muncă)
- S = Costul retribuției unei zile de incapacitate de muncă
- C = Cheltuielile instituțiilor medicale, pe zi, pentru incapacitate temporară de muncă a unui muncitor

Simplificînd datele problemei și considerînd că pentru fiecare zi nelucrată, din cauza incapacității temporare de muncă sau a invalidității, societatea pierde 100 lei (deși în realitate pierde mai mult) se deduce că pierderile economiei naționale pentru ITM și invaliditate sînt foarte mari.

III. 2. CHELTUIELILE SUPLIMENTARE ALE NEVĂZĂTORILOR

Realitatea unor cheltuieli crescute ale nevăzătorilor față de văzători a fost recunoscută de mult timp. Dezvoltarea forțelor de producție și mai ales dezvoltarea social-politică a societății a permis să se propună și ulterior să se accepte ca cel puțin o parte din aceste cheltuieli să fie preluate de către societate /28/.

Cheltuielile suplimentare ale nevăzătorilor se referă la aspecte energetice, neuropsihice și valutare; altfel spus sînt cheltuieli materiale și nemateriale /28/.

Cheltuielile materiale, energetice și neuro-psihice suplimentare sînt determinate de faptul că nevăzătorul, pentru a realiza sarcinile unui anumit loc de muncă, depune un efort profesional energetic, neuro-psihic, de coordonare și senzorial extravizual mai mare, atît sub aspectul intensității cît și a duratei; nevăzătorii, mai ales intelectualii, sînt nevoiți să muncească mai mult timp, incluzînd în activitate și lungi intervale care pentru văzători fac parte din timpul lor liber. Chiar și în timpul mersului pe jos, nevăzătorii depun

un efort mult mai mare decît văzătorii fiind solicitat în mod deosebit auzul, sistemul nervos și facultățile psihice (atenția și memoria), fapt care explică starea de anxietate mărită a acestora.

Cheltuielile materiale valutare ale unui nevăzător izvorăsc din însăși situațiile menționate mai sus.

În primul rînd efortul energetic profesional mai mare solicită o alimentație mai bogată, mai variată și ca atare mai costisitoare.

Posibilitățile de cîștig ale unui nevăzător se limitează strict la remunerația sa din activitatea în sistem organizat, activitate care îl solicită la maximum în timp ce un văzător cu același efort obține remunerare superioară.

Pentru menținerea și creșterea nivelului său profesional, cultural și de instruire în general, nevăzătorul are nevoie de o persoană văzătoare care să-l ajute: să-i citească, să-i scrie cărțile și lucrările ce-l interesează, pe care trebuie s-o remunereze. Se știe de asemenea că revistele și cărțile scrise special pentru nevăzători sînt puține și mai scumpe, ceea ce grevează bugetul valutar al nevăzătorului.

Thomas J. Carrol (citat din H. Desai — 8) grupează pierderile consecutive cecității în șase categorii majore:

— Pierderea securității psihice de bază;
— Pierderea îndeletnicirilor de bază;
— Pierderi în mobilitatea și deprinderile vieții de toate zilele;
— Pierderi în comunicarea (prin vorbit și scris) cu lumea înconjurătoare;
— Pierderi în profesiune și statutul familial;
— Pierderi în întreaga personalitate.

Cunoscîndu-se și recunoscîndu-se aceste pierderi și cheltuieli suplimentare, societatea a preluat asupra-și următoarele cheltuieli ale nevăzătorilor /28. ș.a./:

— Transportul de la și pînă la locul de muncă, în care scop li se eliberează permise pentru călătorie cu mijloacele comune (tramvaie, trenuri, troleibuze etc.);

— S-au acordat unele avantaje pentru însoțitorii nevăzătorilor sub forma unor subvenții în bani sau reduceri pentru mijloacele de transport în comun;

— S-a acordat o subvenție de îngrijire necesară mai ales pentru nevăzătorii intelectuali care au cheltuieli în plus pentru instruire;

— Se acordă unele reviste, manuale și cărți în mod gratuit pentru nevăzători.

*

Reducerea cheltuielilor pentru combaterea oricărei boli impune cunoașterea cauzelor care au determinat îmbolnăvirea și intervenția asupra acestora. Cunoașterea cauzelor și a împrejurărilor în care a survenit boala oculară, reducerea sau pierderea vederii, este deosebit de importantă pentru instituirea măsurilor de profilaxie, pentru individualizarea tratamentului recuperator sub toate formele sale, cunoscut fiind că singurul tratament științific fundamentat cu șansă de reușită este cel cauzal.

Înțelegerea actuală a bolilor necesită studierea nu numai a factorilor biologici, dar și ai celor socioprofesionali, în special a factorilor economici cu care se intrică.

Medicina zilelor noastre și-a depășit barierele în care a fost limitată secole de-a rîndul. Evoluția sa de la medicina curativă la cea profilactică și la medicina recuperatorie de azi și cu deosebire la cea de viitor, a reprezentat un salt pozitiv apreciabil. Astăzi boala cronică, dar îndeosebi deficiența și invaliditatea nu sînt privite numai ca dezechilibre individuale, ci ca dezadaptări sociale ale persoanei. Boala, considerată de Fr. Engels „ca unul din elementele privative de libertate a omului", cuprinde acum sfere mult mai largi ale societății, datorită implicațiilor sociale și economice pe care le generează, ceea ce ilustrează în mod pregnant că medicina a trecut din faza individuală în cea colectivă, de masă.

Impactul economic, determinat de boală, raportat în trecut la microeconomia individuală, se raportează astăzi la macroeconomia națională. Se poate presupune că în viitor implicațiile medico-economice ale bolilor vor depăși granițele naționale și se vor extinde pe largi arii internaționale. Unele pandemii, raportarea obligatorie internațională a unor boli, ca și alcătuirea unor planuri sanitare continentale sau intercontinentale, sub egida OMS, îndreptățesc această presupunere /19/.

Estimarea pierderilor economice prin boli oculare solicită evaluarea cît mai precisă a următoarelor aspecte care se referă la bolnavii oculari /17/.

1. Studiul morbidității generale din teritoriu;
2. Studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă din teritoriu;
3. Studiul invalidității prin boli oculare din același teritoriu.

Eficiența activității ambliopilor și nevăzătorilor este evidentă. Există un acord unanim asupra eficienței muncii lor, atestată în unitățile unde ei își prestează munca. Se cere doar respectarea condițiilor de oftalmoergonomie.

III. 3. BOLILE OCULARE ÎN CADRUL MORBIDITĂȚII GENERALE

În scopul cunoașterii incidenței bolilor oculare și a ponderii pe care acestea o reprezintă în cadrul morbidității generale, s-a consultat evidența acestor boli la serviciul de statistică a Direcției Sanitare Cluj, fiind urmărită pe mai mulți ani*.

Tabelul 1 reprezintă dinamica evoluției morbidității generale manifestate și prin boli oculare; cazuri noi în județul Cluj în anii 1979 și 1984, și o sinteză a acelorași date între anii 1975 și 1984.

Tabelul 1.

Evaluarea morbidității generale specifice prin boli ale ochiului, cazuri noi în anii 1979, 1980, 1984 și datele sintetice 1975—1984

Codul	Boala	1979		1980		1984	
		nr. bolnavi	procente	nr. bolnavi	procente	nr. bolnavi	procente
230.0	Glaucomul	53	0,3	41	0,2	57	0,3
231.0	Cataracta	289	1,5	282	1,4	410	1,9
232.0	Cecitatea	38	0,2	171	0,9	49	0,2
233.0	Conjunctivitele	12982	67,3	13079	66,5	15044	69,4
234.0	Afecțiunile aparatului lacrimal.	258	1,4	216	1,1	324	1,4
235.0	Strabisme	295	1,5	235	1,2	214	0,9
236.0	Viciile de refracție și tulburări de acomodare	1531	7,9	1836	9,4	1664	7,6
237.0	Tulburări de vedere	1444	7,5	1515	7,7	1805	8,5
238.0	Alte boli ale ochiului și anexele sale	2239	12,4	2281	11,6	2103	9,8
	Total cazuri	19129	100.0	19656	100.0	21670	100.0

* Datele statistice ne-au fost oferite de asistentul principal statistician Gavrilă Fărcaș, căruia îi aducem pe această cale mulțumirile noastre. Datele care privesc ITM se referă numai la unitățile cu peste 500 oameni ai muncii.

Dinamica morbidității generale specifice oculare între anii 1975 și 1984 arată următoarele date:

	1975	1976	1977	1979	1980	1984
Total boli oculare	18309	16233	18173	19288	19659	21670
Proporția* la 100.000 locuitori	2633,2	2315,9	2528,1	2638,9	2680,1	2934,5

* La 1 iulie 1984 în județul Cluj erau înregistrați 738460 locuitori

Din tabelul 1 reiese că în județul Cluj bolile oculare apar cu o frecvență de circa 2500 la 100.000 locuitori. În cadrul acestora, bolile inflamatorii ale globului ocular și anexelor apar cu o frecvență de peste 1700 la 100.000, urmate de alte boli oculare (între acestea și neoplasmul globului ocular și al anexelor sale). Viciile de refracție și tulburările de acomodație, determină peste 200 la 100.000 din morbiditate.

Un procent mai mic de cazuri îl reprezintă cataracta, strabismul, glaucomul.

În continuare prezentăm o serie de date din literatură privitoare la morbiditatea prin boli oculare.

I. Păcurariu și C. Marin /24/, într-un interesant studiu statistic, au redat — comparativ — dinamica unor boli oculare ale copilăriei și senilității în trei decenii: 1921—1930, 1931—1940 și 1961—1970, evidențiind o creștere semnificativă a frecvenței afecțiunilor oculare ale copilăriei în deceniul al 7-lea față de deceniul al 3-lea al secolului nostru, mai ales pentru strabism. La Cluj și Iași a crescut semnificativ și frecvența glaucomului infantil. Bolile congenitale oculare și gliomul retinian nu prezintă modificări statistic semnificative. Urmărindu-se evoluția unor boli oculare comparativ în diferite regiuni ale țării se evidențiază creșterea incidenței cataractei senile la Cluj în timp ce glaucomul și tumorile maligne au crescut atît la Cluj cît și la Timișoara /24/.

Incidența cataractei operate în Municipiul Oradea este de 42,62/100.000 locuitori, iar la populația în vîrstă de peste 40 de ani, de 115,17/100.000 (N. Segal și colab. — 29).

Autorii remarcă numărul în creștere al cataractelor presenile, mai ales la femei. Pe grupa de vîrstă, situația este următoarea:

între 40—49 ani 16,93 %000;
între 50—59 ani 47,02 %000;
între 60—69 ani 216,76 %000;
peste 70 ani 327,09 %000.

Din acest tabel se vede că, deși se confirmă datele clasice care arată creșterea frecvenței cataractei odată cu vîrsta, prezența acesteia la vîrsta de sub 50 ani este destul de mare (16,93 %000); cifrele depășesc cu mult pe cele considerate clasice.

Miopia. Morbiditatea generală. Miopia reprezintă 20—25% din ametropii. Incidența sa ar fi între 5—10% din populație, din care 2,3% sînt forme maligne. Este mai frecventă în mediul urban și la femei față de bărbați /39/.

Datele comunicate de diferiții autori variază în limite foarte largi între 0,5% (Kostal, 1972) și 33,4% (Prakosh, 1971) citat din N. Zolog 1980, /39/. P. Stănescu /30/ prezintă cifre mult mai ridicate atît la noi cît și în străinătate. Astfel citează date care arată că 24% din studenții de la Zürich sînt miopi, iar în SUA, un absolvent de liceu din cinci suferă de miopie.

Uveitele. Morbiditatea generală și cea cu incapacitate temporară de muncă prin uveite este greu de estimat în lipsa unei evidențe precise pe un teritoriu mai extins și controlabil. R. W. Darrell /6/, afirmă că, incidența uveitei în patologia oculară este 0,2%; 25% dintre bolnavii cu uveită rămîn cu reduceri importante ale capacității vizuale, iar 5% ajung la cecitate (citat din 34).

Corioretinopatia centrală seroasă reprezintă 0,5—1,5% din totalul bolnavilor spitalizați, predominînd la bărbații relativi tineri (vîrstă între 20 și 50 ani) /2, 23/.

Afecțiunile maculare de origine vasculară, degenerativă sau de senescență reprezintă o proporție de aproximativ 0,7—1,2% din ochii patologici. Probabil că procentul este mai mare și desigur în creștere paralel cu creșterea mediei longevității și frecvenței bolilor degenerative sistemice și oculare /9/.

Glaucomul (G)

Glaucomul este una din cele mai grave boli oculare. El determină — după autorii englezi — 13% din cazurile de orbire în Anglia /40/. La noi, el reprezintă cea de a doua cauză de orbire la adulți, prima fiind reprezentată de accidentele oculare (D. Mavrodin — 22). Autorii francezi arată că G este cauza a 11% din cecități și a 14% din ambliopii /38/.

Boala glaucomatoasă survine la cel puțin 2% din populația ce depășește vîrsta de 40 ani /3/.

G. congenital ar surveni la 0,01—0,04% dintre noi-născuți, Este de două ori mai frecvent la băieți decît la fete. În 2/3 din cazuri este bilateral /3/.

G. cu unghi camerular închis reprezintă 10% din numărul total de glaucoame, restul se includ în celelalte forme de G. /3/.

Discromatopsiile

Frecvența discromatopsiilor congenitale variază după sex și după regiunea geografică. În medie se consideră că 8% din bărbați și 0,4% din femei sînt discromați /4/.

Discromatopsiile cîștigate, respectiv secundare unor îmbolnăviri oculare sau generale, uneori după administrarea unor medicamente, survin cu incidențe diferite în general revenindu-le cifre mici. Cercetarea lor sistematică arată că frecvența este mai ridicată /4/.

Referindu-se la tumorile maligne intraoculare. P. Vancea și colab. /32/, arată că tumorile uveale sînt de trei ori mai frecvente decît cele retiniene. Din punct de vedere histologic domină melanoamele urmate de retinoblastoamele nediferențiate.

Incidența tumorilor maligne orbitare este de trei ori mai ridicată la adulți decît la copii. Vîrsta medie de debut la adulți se situează după 50 ani. Prognosticul depinde de precocitatea diagnosticului, de forma histologică a tumorii și de posibilitatea intervenției radicale în timp util. Dintre tumorile primitive, sarcoamele sînt cele mai maligne, iar dintre cele secundare, epitelioamele (33).

*

Diferitele aspecte pe care le ridică aceste afecțiuni vor fi mai larg expuse în partea a doua a lucrării.

III.4. MORBIDITATEA CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ PRIN BOLI OCULARE ÎN JUDEȚUL CLUJ

A fost studiată pe baza datelor oferite de serviciul de statistică al Direcției Sanitare Cluj și a celor de la Oficiul județean de Expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă Cluj. Diagnosticul bolii a fost stabilit, în toate cazurile, de medici de specialitate, oftalmologi, majoritatea bolnavilor fiind internați în Clinica Oftalmologică din Cluj-Napoca și în secțiile cu profil oftalmologic din spitale.

III.4.1. Incapacitatea temporară de muncă (ITM) prin boli oculare

Tabelul 2 arată dinamica morbidității cu incapacitate temporară de muncă prin boli oculare în 8 ani, în județul Cluj.

Tabelul 2.

Dinamica ITM prin boli oculare în județul Cluj

Anul	1976	1977	1979	1980	1984
Nr. total de zile acordate pentru toate bolile	1606311	1397660	1516647	1697528	1861096
Nr. zile acordate pentru boli oculare	25767	23934	29175	21907	24294
Proporția la 100.000 locuitori	1,60	1,71	1,92	1,29	1,31

Din datele din tabel reiese că ITM prin boli oculare se situează, în județul Cluj, la valori ce oscilează între 1,29 și 1,92 la 100.000 locuitori.

III.4.2. Incapacitatea temporară de muncă (ITM) de lungă durată prin boli oculare

A fost studiată la Oficiul județean de Expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă Cluj, pe 132 bolnavi oculari, care au primit avize pentru acordarea de concedii medicale peste 90 zile prin Comisia județeană de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă (C.J.E.M.R.C.M. Cluj).

În anul de referință 1979, numărul 132 cuprinde toți bolnavii oculari din județ (există o singură comisie de expertiză la nivelul județului), care au necesitat concedii medicale peste 90 zile. Un număr mic de bolnavi au sumat cele 90 zile de C.M. acordate și pentru afecțiuni extraoculare.

Metoda de lucru a fost înregistrarea și urmărirea bolnavilor sub următoarele aspecte: vîrstă, sex, diagnostic, număr zile acordate, și prin efectuarea a o serie de studii corelative ale acestor date. Repartizarea pe grupe de afecțiuni s-a făcut în primul rînd după criteriul morfologic și este cuprinsă în tabelul 4.

În anul 1984, s-au avizat pentru boli oculare 2136 zile de C.M. peste cele 90 zile acordate de medicii curanți oftalmologi. Această cifră reprezintă 0,7% din numărul total de zile acordate în acest an pentru bolnavii din cuprinsul județului, la 92 de persoane.

În tabelul 3, bolnavii sînt reprezentați pe grupe de vîrstă, sex și număr zile acordate în corelație cu acești parametri și procentele respective.

Tabelul 3

Vîrsta în ani	Nr. bolnavi	sex	Nr. zile acordate din care:		Total zile acordate	Procente
sub 30	16	bărbați femei	11 5	236 107	343	16,0
între 31—40 ani.	24	bărbați femei	13 11	286 208	494	23,1
între 41—50 ani.	31	bărbați femei	22 9	521 223	744	34,9
între 51—55 ani.	10	bărbați femei	7 3	181 90	271	12,7
peste 56 ani	11	bărbați femei	10 1	254 30	284	13,3
TOTAL	92	bărbați femei	63 29	1478(69,1%) 658(30,9%)	2136	100,0

Din tabelul 3, care se referă la anul 1984, se pot extrage următoarele concluzii:

1. Bărbații necesită mai des un număr mai mare de zile de concediu medical (C.M.) 69,1% decît femeile, cărora le revine 30,9% (trebuie luați în considerare și următorii factori: numărul mai mare al bărbaților încadrați în muncă și riscul ocular crescut în specificul de activitate al bărbaților);
2. Numărul persoanelor care necesită C.M. mai îndelungat decît 90 zile și respectiv numărul de zile acordate crește cu vîrsta pînă la etatea de 50 ani, cînd manifestă o tendință de scădere. Tabelul 4 ilustrează raportul dintre numărul de cazuri, grupa de vîrstă, boală oculară, număr zile acordate peste 90 zile pe aceste criterii cu procentele corespunzătoare.

Din tabelul 4 se poate vedea că:

1. *Bolile cristalinului* (mai frecvent cataracta) impun cel mai mare număr de zile de concedii medicale. Ele consumă 32% din numărul de zile acordate peste 90 zile din totalitatea bolilor oculare în anul de studiu 1979; se mai observă că numărul de cazuri și de C.M. acordate, crește cu vîrsta la această grupă.

Tabelul 4

Vîrsta în ani	Conjunctivă număr cazuri, zile	Scleră număr cazuri zile	Cornee număr cazuri, zile	Cristalin număr cazuri, zile	Vicii de refracție număr cazuri, zile	Uveite număr cazuri, zile	Retinopatii număr cazuri, zile	Nerv. optic număr cazuri, zile	Corpi străini număr cazuri, zile	Glaucom număr cazuri, zile	Tumori și alte boli număr cazuri, zile.
sub 30	1 30	— —	2 70	— —	— —	1 15	1 21	4 111	— —	— —	4 100
între 31–40	— —	1 [illegible]	3 80	5 136	— —	5 102	5 120	1 7	2 60	1 30	5 87
între 41–50	4 64	— —	3 95	9 276	5 102	1 30	5 121	— —	1 31	1 31	8 176
între 51–55	3 45	1 20	9 202	11 313	2 61	— —	4 90	— —	2 40	1 30	7 112
peste 56	— —	— —	1 30	11 298	— —	— —	— —	— —	1 30	— —	1 30
TOTAL:	8 139	2 27	18 477	36 1023	7 163	7 147	15 352	5 118	6 161	3 91	25 505
Procente	4,3	0,8	14,9	32,0	5,1	4,6	11,0	3,7	5,0	2,8	15,8

2. *Grupa „alte boli"* cuprinde în statistica noastră și tumorile oculare și stările după diferite intervenții pe globii oculari sau anexele sale; este reprezentată de 25 cazuri cu 505 zile de C.M., ceea ce constituie 15,8% din numărul total de zile acordate. Aici se observă un număr mare de cazuri cuprinse între vîrsta de 30—56 ani.

3. *Bolile corneei* se situează pe locul al treilea. Ele totalizează 14,9% din numărul total de zile acordate, repartizate pe toate grupele de vîrstă, mai frecvent între 50—56 ani.

4. *Bolile retinei* se situează pe locul al patrulea. Ele sînt reprezentate de: dezlipirea de retină, retinopatii vasculare (inclusiv diabetice) și corioretinopatiile degenerative, reprezentînd 11% din numărul total de zile acordate, între vîrsta 30—56 ani.

5. *Pe locul următor se situează corpii străini intraoculari, viciile de refracție, uveitele, conjunctivitele și bolile sclerei ce realizează procente mai mici.*

Analiza morbidității generale cu ITM de lungă durată, evidențiază faptul că bolile inflamatorii și degenerative ale diferitelor structuri ale globului ocular determină o morbiditate generală ridicată și necesită C.M. îndelungate, adesea peste 90 zile într-un an calendaristic, ceea ce impune prevenirea, iar după apariție, aplicarea precoce, intensivă și complexă a măsurilor terapeutice.

III.5. INVALIDITATEA PRIN BOLI OCULARE

Studiile anterioare (15,16), coroborate cu cele mai noi (18,21), arată următoarea dinamică a invalidității în județul Cluj, (respectiv în fosta regiune Cluj), comparată cu media pe țară (în anii în care dispunem de date). *Este vorba de cazuri în evidență* pînă la vîrsta de 55 ani femeile și 60 ani bărbații. (Date comunicate de IEMRCM București).

Tabelul 5. (cazuri în evidență)

Procente pe ani	1962	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1984
Cluj	5,2	3,5	3,7	3,6	3,9	4,1	4,0	4,6
Timiș	—	—	—	—	2,2	2,4	2,5	3,6
Municip. București	—	—	—	—	3,1	3,1	3,4	3,0
Pe țară	—	3,5	3,7	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2

Menționăm că în unele județe, valorile sînt și mai mari. Pentru anul 1980 în județul Vrancea a fost 6,9; în Galați 6,1; în Gorj 5,9, iar pentru 1984 Giurgiu 5,6, Vrancea 5,8, Tulcea 6; Bistrița-Năsăud 6,3; Galați 6,7.

Referindu-ne la cazurile noi încadrate în invaliditate în județul Cluj, situația este redată în tabelul 6.

Tabelul 6

Anul	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1984
Procente	2,40	2,45	2,44	1,69	2,46	2,43	3,16	2,51	2,93	3,21	3,4

Diferența dintre procentul cazurilor în evidență și cel al cazurilor noi, rezultă din aceea că în ultimii ani a scăzut numărul invalizilor „cazuri noi", prin boli oculare, și prin faptul că în evidența oficiilor EMRCM se păstrează și invalizii oculari nerevizuibili prin afecțiune (nevăzătorii în general), care se mențin în evidență și se raportează pînă la vîrsta de 55 ani femeile și 60 ani bărbații.

Într-o lucrare anterioară (15), în care s-au studiat invalizii oculari existenți în evidența cabinetelor de EMRCM a fostei regiuni Cluj (inclusiv Municipiul Cluj), la 1 ianuarie 1963 s-au evidențiat următoarele date:

1. *În legătură cu vîrsta invalizilor,* s-a arătat că 4,3 erau sub vîrsta de 20 de ani, 13,9 erau între 21—30 de ani, 34,3% între 31—45 ani, iar restul de 47,5% aveau peste 46 ani. Din aceste date reiese că mai mult de jumătate (52,5%) erau sub vîrsta de 45 de ani, deci la o vîrstă relativ tînără, ceea ce obligă la încadrarea lor în muncă.

2. *Relativ la gradul de invaliditate,* 24,3% erau încadrați în gradul I de invaliditate, din care 6,6% erau mari mutilați; 39% erau încadrați în gradul II de invaliditate, iar 36,7% în gradul III. Numărul mai mare de invalizi erau în gradul I și II (63,3%).

3. *Urmărind vîrsta la care s-au invalidat,* s-a evidențiat că 23% aveau sub vîrsta de 20 de ani, 28,5% între 21—30 ani, 25,5% între 31—45 de ani, iar 23% după vîrsta de 45 de ani. Aceste date arată că mai mult de jumătate — 51,5% — s-au invalidat înainte de vîrsta de 30 de ani, ceea ce subliniază necesitatea organizării calificării și recalificării lor. Invalidarea la o vîrstă tînără — deseori în prima copilărie — este după observațiile noastre, una din particularitățile deficienților vizuali.

4. *Relativ la cauza invalidității,* 49,5% erau invalizi prin boli obișnuite, 19,5% erau invalizi de război, 22% invalizi în urma unor accidente de muncă sau în legătură cu munca, 3,3% erau invalizi în urma unor accidente în afară de muncă; 5,2% accidentații în afara serviciului ordonat, iar 0,5% în timpul și din cauza serviciului ordonat. Menționăm numărul mare de invalizi de război — din cel de al II-lea război mondial —, precum și al acelora în urma accidentelor de muncă.

5. *În legătură cu grupele nosologice* care au determinat invalidarea, s-a evidențiat: *anoftalmii operatorii* în proporție de 23,4% din care 5,4% bilaterale; ele erau mai des urmare a unor plăgi oculare de război sau accidentale; *cicatrici corneene;* (leucoame și macule confluente) în proporție de 18,15% urmarea unor traumatisme oculare, infecții cronice sau a unor ulcere corneene; *cataracte și afakii* în proporție de 13%; *miopia forte* în proporție de 10% cu afectarea corioretinei ce compromite vederea (numai în acest caz ea conferă invaliditate); *corioretinite diseminate și maculare* de diferite etiologii în proporție de 9,3%; *atrofia globilor oculari* în proporțile de 11,8% (din care jumătate unilaterală) erau urmarea unor traumatisme, în cea mai mare parte din cazuri; *atrofia de nervi optici,* în proporție de 5,9%, postinfecțioasă, traumatică sau toxică; *glaucoame bilaterale avansate,* în proporție de 3,3%; *uveitele* cronice și recidivante, în proporție de 2,3%; *dezlipiri de retină,* în proporție de 1,45, idiopatice sau posttraumatice; *retinopatia pigmentară* în stadiile sale avansate, în proporție de 1,4%.

6. *Profesia înainte de invalidare.* În cazul accidentelor de muncă menționăm frecvența mai mare a activităților de lăcătuși, montatori, fierari sau muncitori necalificați. La cei cu boli obișnuite, s-au găsit profesiuni foarte diferite.

7. *Încadrarea în muncă după invalidare.* Invalizii de război erau în majoritate încadrați în Cooperativa „Munca Invalizilor", în locuri de muncă corespunzătoare. Cei din gradul III de invaliditate erau, de asemenea, încadrați, într-o proporție de 75%, în activități care necesită efort vizual mic, corespunzător restantului funcțional vizual.

8. *Ca boli asociate s-au întîlnit:* tulburări de auz, de vorbire, surdomutități, boală hipertonică, arterioscleroză, scleroemfizem pulmonar, amputații ale organelor locomotoare (la marii mutilați și la invalizii de război).

Pentru actualizarea (ținînd seama de noul profil al patologiei oculare) și aprofundarea cunoașterii mai temeinice a invalidității prin boli oculare în județul Cluj, s-a întreprins un studiu în acest sens.

Materialul de studiu a fost format din 141 invalizi oculari încadrați în invaliditate în decursul a 3 ani (1978, 1979 și 1980) de către C.J.E.M.R.C.M. Cluj.

S-au înregistrat separat și s-au notat o serie de parametri: vîrsta, sexul, diagnosticul, gradul de invaliditate, corelația unor indici și, în final, s-a făcut o comparație între morbiditatea și invaliditatea prin boli oculare pe teritoriul județului Cluj.

Cei 141 invalizi oculari încadrați în cei trei ani reprezentau 2,15% din numărul total de invalizi încadrați în anul 1978, 2,93% din cei încadrați în 1979 și 3,21% din cei încadrați în anul 1980.

Rezultatele sintetice ale observațiilor noastre sînt redate în tabelele 7, 8, 9, 10.

În tabelul 7 figurează corelația dintre număr și sex pe grupe de vîrste și procentele respective pe grade de invaliditate.

Tabelul 7

Vîrsta	Număr	Sex	Grad de invaliditate		
			I	II	III
sub 30	19	bărbați 12	—	7	5
		femei 7	1	4	2
între 31—40	20	bărbați 12	1	10	1
		femei 8	—	5	3
între 41—50	36	bărbați 15	—	12	3
		femei 21	—	20	1
între 51—55	56	bărbați 41	4	35	2
		femei 15	—	15	—
peste 56	10	bărbați 9	2	7	—
		femei 1	—	1	—
Total:	141	bărbați = 89(63,1%) / femei = 52(36,9%)	8(5,7%)	116(82,3%)	17(12%)

Din tabelul 7 reiese că numărul invalizilor crește cu vîrsta, mai mult de 1/3 situîndu-se între 51 și 56 de ani, observație valabilă pentru ambele sexe; predominanța bărbaților (63,1%, față de

femei, cărora le revine 36,9%); predominanța gradului II de invaliditate (82,3%, față de 12% cei încadrați în gradul III și 5,7% cei încadrați în gradul I), aceștia din urmă reprezentînd persoane care și-au pierdut pe lîngă întreaga capacitate de muncă și autoservirea, avînd nevoie în permanență de o persoană pentru îngrijire; gradul I de invaliditate s-a acordat foarte rar înainte de vîrsta de 50 ani, gradul III s-a acordat mai ales persoanelor tinere, în timp ce, gradul II s-a acordat la toate vîrstele.

Tabelul 8 redă, în mod sintetic, raportul dintre vîrstă, boala invalidantă și gradele de invaliditate.

Tabelul 8

Boala invalidantă și gradul de invaliditate

Vîrsta	Sclerocon-junctivitele			Cornea			Cristalin			Vicii de Refracție			Retinop. și coroidop			Glaucom			Alte boli neoplasme, strabism		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
sub 30	—	—	—	—	6	—	—	1	—	—	1	—	1	3	2	—	1	1	—	3	—
între 31—40	—	2	—	—	2	—	1	4	1	—	2	—	—	4	1	—	1	—	—	2	—
între 41—50	—	1	—	1	—	—	—	8	1	—	8	—	—	6	1	—	4	—	1	5	—
între 51—55	—	5	—	—	4	—	1	22	—	1	5	5	1	7	—	—	1	—	—	4	—
peste 56	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Total:	9(6,4%)			13(9,2%)			44(31,2%)			23(16,3%)			29(20,6%)			8(5,7%)			15(10,6%)		

Din acest tabel se deduce că: *bolile cristalinului* dau cea mai mare invaliditate (31,2%) urmată, la distanță mai mare, de retino- și coroidopatii, de viciile de refracție (în mod particular miopia forte), de neoplasme, de boli ale corneei, de scleroconjunctivite și glaucom; vîrsta la care survin cele mai multe invalidări prin bolile cristalinului se situează între 51 și 56 ani; *retino- și coroidopatiile*, ca și neoplasmele, interesează toate vîrstele, crescînd odată cu vîrsta, dar realizează cele mai multe cazuri între 40 și 56 de ani; *viciile*

de refracție devin invalidante mai ales după vîrsta de 40 ani; *bolile corneei*, în schimb, sînt invalidante chiar și sub vîrsta de 40 ani într-un procent destul de mare de cazuri (9,2%).

Urmărind raportul dintre gradele de invaliditate și vîrsta la care s-a acordat invaliditatea, se observă că cele mai grave invalidități se acordă persoanelor de vîrstă mai înaintată, mai ales după 50 ani.

Raportul dintre gradul de invaliditate și boala invalidantă arată că cele mai grave invalidități le determină bolile retinei și coroidei, urmate de bolile cristalinului și viciile de refracție.

Tabelul 9 redă comparația dintre vîrsta medie, pe grupe de afecțiuni oculare, care au impus concediu medical îndelungat (peste 90 zile) sau invalidarea.

Tabelul 9

	Boala						
	Conjunctiva și sclera	Corneea	Cristalinul	Vicii de refracție complicate cu manifestări patologice	Retinop. și coroidopatia	Glaucom	Tumori și alte boli
Media vîrstei în ani la acordarea concediului medical sau	46,2	46,6	50,9	48	43	47	42
la acordarea gradului de invaliditate	49,7	35,9	48	50,2	43,8	40,4	neoplasme = = 38,80 alte boli = = 51,20

Media vîrstei la invalidare este de 46,0 ani

Din acest tabel reiese: — că la grupa „alte boli", în care sînt cuprinse și neoplasmele oculare, invalidarea survine la vîrste mici, 38,8 ani, iar media vîrstei la care se acordă concedii medicale îndelungate este de asemenea mică, 42 ani; — boala glaucomatoasă

se invalidează în medie la vîrsta de 40,4 ani, iar concedii medicale îndelungate primesc, în medie, la 47 ani de unde se deduce că formele mai grave (invalidante) apar la vîrste mai tinere; — grupa bolnavilor cu retino- și coroidopatii se invalidează la vîrste mici (43,8 ani) și primesc concedii îndelungate de asemenea la vîrste mici în medie la 43 ani; — bolile corneei devin invalidante de asemenea la vîrste mici (în medie la 35 ani); bolnavii primesc concedii medicale îndelungate la vîrste relativ mici (46,6 ani).

Tabelul 10 redă relația dintre vîrsta medie a invalizilor la data încadrării în invaliditate și media vechimii în cîmpul muncii.

Tabelul 10

Vîrsta în ani	Vechimea medie în activitate
sub 30	6,8 ani
între 31 și 40	8,0 „
„ 41 și 50	20,3 „
„ 51 și 56	19,4 „
peste 56 ani	15,3 „
Vechimea medie generală	16,3 ani

Din acest tabel reiese: — vechimea mică în cîmpul muncii a bolnavilor oculari așa încît ei realizează o medie care se situează în jur de 16,3 ani; la femei 14,6 ani, iar la bărbați 17,1 ani; — vîrsta medie mică de invalidare (46,0 ani) pentru toate bolile oculare încadrate în invaliditate.

Din datele menționate se întrevăd cu ușurință pierderile economice foarte mari pe care le generează bolile oculare, atît pentru bolnav, cît și pentru asigurările sociale și pentru economia națională. Femeile pierd în medie 10,4 ani (pînă la vechimea minimă de 25 ani), iar bărbații pierd și mai mult (12,9 ani) pînă la realizarea vechimii minime de 30 ani.

O evaluare precisă a pierderilor economice materiale pe care le generează aceste boli se poate estima aplicînd formula OMS (redată la începutul acestui capitol).

Corelația dintre morbiditatea generală, numărul zilelor de concediu medical îndelungat și gradele de invaliditate, pe de o parte, și vîrsta bolnavilor, pe de altă parte, relevă date interesante care reies comparînd tabelele 1, 4 și 8: cele mai multe zile de concediu medical și cele mai multe și mai grave grade de invalidi-

tate se acordă între vîrstele de 51 și 55 ani; numărul de zile de concediu medical cît și gravitatea gradelor de invaliditate crește cu vîrsta.

Corelația dintre boala pentru care s-a acordat concediu medical și gradul de invaliditate, așa cum reiese din tabelele 4 și 8, relevă cîteva date importante:

Indicele de frecvență, cel de gravitate, precum și numărul cel mai mare de invalizi este dat de bolile inflamatorii ale structurilor globului ocular și de bolile cristalinului, ceea ce impune în aceste cazuri o atenție deosebită în profilaxia, diagnosticul, aplicarea mijloacelor terapeutice, continuate cu cele recuperatorii. De asemenea, ele trebuie să ocupe un loc important în programa didactică a catedrelor ce predau oftalmologia, cu atît mai mult cu cît ele afectează toate vîrstele.

*

S-a socotit util să menționăm diagnosticul ocular la două loturi de handicapați: la lotul cu vederea pierdută și la lotul cu vederea mult scăzută (semivăzători-ambliopi). Ambele loturi cuprind muncitorii încadrați în Cooperativa „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca.

Cauzelor care au determinat pierderea vederii le-au fost consacrate multe studii pe plan internațional. În țara noastră, ele au fost studiate la București, în cadrul cooperativei pentru nevăzători „Munca" și la elevii nevăzători, iar la Cluj-Napoca la ambliopii și nevăzătorii încadrați în secția pentru nevăzători ai cooperativei „Munca Invalizilor".

Grupele nosologice și bolile care au determinat orbirea la nevăzătorii încadrați în Cooperativa „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca — în număr de 95 — sînt redate în tabelul 11 (20).

Tabelul 11

Boala		Nr. cazuri	Procente (%)
Atrofie de glob ocular		24	25,3
Leucom corneean		13	13,7
Cataractă		11	11,6
Miopie forte		10	10,5
Glaucom		8	8,4
Retinopatii:	pigmentare	7	7,4
	diabetice		

Restul sînt repartizați pe următoarele afecțiuni: nistagmus, anoftalmii operatorii, diferite cicatrici oculare (inclusiv cele de război sau în afara serviciului ordonat).

Grupele nosologice și bolile care au determinat ambliopia la semivăzătorii încadrați în Cooperativa „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca, în număr de 77, au fost următoarele (20):

Tulburările de refracție ocupă primul loc (67,5%) în ordinea următoare: *hipermetropia,* urmată de *miopie* și *astigmatisme.* Locul al doilea îl ocupă *atrofia de nerv optic* și *strabismul,* cu cîte 4 cazuri (4,2%), urmat de *leucomul corneean,* în 3 cazuri (3,9%); *glaucomul,* în 2 cazuri (2,6%); *ptoza palpebrală asociată, retinopatia pigmentară* și *degenerescența maculară,* cu cîte un caz.

Din loturile observate reiese că atrofia nervului optic, leucomul corneean, cataracta, miopia forte, glaucomul și retinopatiile (pigmentare și diabetice) sînt cauzele principale ale orbirii, iar tulburările de refracție sînt cauza principală a marilor ambliopii.

Profesorul I. Marcu și M. Dobrota (14), la București, studiind cauzele care au provocat cecitatea la 201 elevi (în anul școlar 1974—1975), stabilesc

— atrofia nervului optic	36	cazuri	— (17,9%)
— dezlipiri de retină	4	"	— (1,99%)
— microftalmii congenitale	10	cazuri	— (4,99%)
— degenerescență maculară juvenilă	16	"	— (7,96%)
— leziuni oculare asociate cu nistagmus	20	"	— (9,95%)
— corioretinită maculară	30	"	— (14,93%)
— cataracta congenitală	38	"	— (18,91%)
— glaucom infantil	14	"	— (6,96%)
— retinopatia pigmentară	17	"	— (8,46%)
— miopia	16	"	— (7,96%)
Total	201	cazuri	— (100%)

Într-un studiu efectuat la Cooperativa „Munca" București, N. Țebeanu (31) a comunicat următoarele date privitoare la etiologia afecțiunii oculare la oamenii muncii din această cooperativă profilată pentru ambliopi și nevăzători (însumînd 459 persoane):

— glaucomul, 24 persoane, adică 5,87%;

— bolile congenitale ale polului anterior, 110 persoane, adică 23,96%;

— bolile congenitale ale polului posterior, 37 persoane, adică 8,5%;

— bolile cîștigate ale polului anterior, 101 persoane, adică 22%;

— bolile cîștigate ale polului posterior, 187 persoane, adică 40,74%.

Bolile congenitale au fost reprezentate de boli ereditare, 140 cazuri, adică 95,24%, și de lues, 7 cazuri, adică 4,76%.

Bolile cîștigate în număr de 288 cazuri au fost reprezentate de:

— traumatisme	170	persoane, reprezentînd	59,03%;
— infecții	111	persoane, reprezentînd	38,53%;
— intoxicații	5	persoane, reprezentînd	1,73%;
— tumori	2	persoane, reprezentînd	0,69%;
— glaucoame	24	persoane, reprezentînd	5,87%;

Etiologia luetică s-a evidențiat la 14 cazuri (3,04%), cea bacilară la 6 cazuri (1,30%); infecția gonococică la 17 cazuri (3,69%); reumatismul la 2 cazuri (0,43%); traumatismele au fost găsite la 170 cazuri (59,03%) din care 66 de război, accidente de muncă la 34 cazuri și accidente în afară de muncă la 70 cazuri.

Comparînd aceste date, care arată cauzele actuale ale orbirii, cu cele publicate în 1935 de către G. Banu (1), se poate constata o diferență foarte mare. Prima cauză de orbire în 1935 era conjunctivita blenoragică a noilor născuți (oftalmia purulentă), urmată de sifilis, la distanță mai mare interveneau accidentele și bolile infecțioase (scarlatina, meningita cerebro-spinală și tuberculoza), realitate ce marchează schimbările apărute în patologia oculară (24).

În țările slab dezvoltate — așa cum au arătat, în 1978, lucrările celui de al XIII-lea Congres Internațional de Oftalmologie de la Kyoto (Japonia), prima cauză de orbire este trahomul, urmat de carențele de vitamina A, parazitozele oculare, cataracta.

Un studiu amănunțit, privitor la cauzele cecității și măsurile necesare pentru combaterea ei, s-a efectuat într-o serie de rapoarte prezentate la simpozionul organizat de Consiliul Mondial pentru bunăstarea nevăzătorilor ținut la Anvers în Belgia între 1—10 august 1979 (35). Preocupările pentru combaterea cecității sînt vechi, dar organizarea acestei vaste acțiuni la scară mondială a culminat în 1975 cînd s-a constituit, sub egida OMS, „Agenția Internațională Pentru Prevenirea Cecității", urmată de formarea de comitete regionale sau naționale în aproape toate țările lumii.

O atenție deosebită s-a acordat *cecității curabile* (care ar reprezenta jumătate din numărul total de cecități), respectiv prevenirii cauzelor care duc la cecitate. Sînt necesare acțiuni organizatorice pentru aplicarea tratamentului medicamentos și/sau chirurgical în toate cazurile curabile, cazuri care, pînă acum, nu au beneficiat de tratament corespunzător cum sînt zone extinse în Asia, Africa

și Orientul Mijlociu. Aceste probleme au fost discutate în întîlnirile organizate la Bagdad în 1976, la New Delhi în 1977 și 1978, Riyad, Kuweit, Alexandria (Egipt), în 1977 și 1978 și la Anvers (Belgia), în 1979.

Studiile prezentate la aceste reuniuni au demonstrat drept cauze ale cecității următoarele:

— *În țările accentuat dezvoltate industrial,* cecitatea este determinată de complicațiile oculare ale diabetului zaharat, de degenerările maculare, de glaucom, de retinopatia pigmentară, de unele boli ereditare și accidentale oculare;

— *În țările slab dezvoltate,* cecitatea este determinată de trahom, oncocercoză, gonoree, xeroftalmie, sifilis, cataractă, glaucom, traumatisme oculare și rubeolă.

Cînd se vorbește de prevenirea și tratamentul cecității și se afirmă că jumătate dintre cecități sînt prevenibile, trebuie să se aibă în vedere și cauzele cecității, care sînt diferite în funcție de dezvoltarea economico-socială a țărilor și grupurilor sociale în care aceștia trăiesc. Dacă în trecut — ca și astăzi în țările slab dezvoltate —, cauzele cecității erau în principal bolile amintite, care sînt prevenibile și curabile, nu aceeași situație este în retinopatia diabetică și retinopatia pigmentară, prezente din țările dezvoltate în epoca noastră, care sînt greu prevenibile și mai greu de tratat după ce au apărut. În aceste țări se pune accentul pe profilaxia accidentelor oculare prin aplicarea principiilor de ergoftalmologie și mai ales pe cele de oftalmoergonomie asupra cărora vom reveni într-un capitol aparte al lucrării. Se insistă, de asemenea, pentru recunoașterea primelor semne de glaucom, în vederea tratamentului său în timp util și în vederea evitării complicațiilor, ce pot evolua spre cecitate.

Se remarcă că, în ultimele decenii, cu deosebire între anii 1950—1960, au apărut o serie de cecități la noii născuți prematuri care erau expuși în incubatoare la exces de O_2, ce determina fibroplazia retrolenticulară. Astfel, de orbiri sînt posibile, deoarece este foarte greu de stabilit un aport optim de O_2 (prea puțin O_2 provoacă tulburări circulatorii cerebrale, iar prea mult provoacă fibroză retrolenticulară cu cecitate).

Începînd din deceniul al VII-lea al secolului nostru se nasc copii cu diferite malformații oculare sau ambliopii care provin din mame ce au avut rubeolă în primul trimestru al sarcinii. Abia în ultimii ani, după introducerea imunizării antirubeolice, acest pericol a fost diminuat (13).

Perspective de scădere a cecității sînt pe întreg mapamondul, dar prin acțiuni aplicate diferit.

În țările accentuat dezvoltate industrial, deoarece cecitatea este determinată de boli care sînt în strînsă legătură cu modul de viață actual (alimentație, sedentarism, stress etc.) este necesară introducerea unor măsuri cuprinse în noțiunea de „viață rațională" ceea ce, după cum se știe nu este ușor de realizat (7).

În țările în curs de dezvoltare, greutățile sînt legate mai ales de lipsa cadrelor de specialitate și a mijloacelor care să asigure aplicarea în practică a tehnicii și strategiei necesare, stabilite cu ocazia diferitelor reuniuni ale specialiștilor în aceste probleme.

Toată lumea este de acord că sorți de izbîndă are numai planul care ia în considerare, pe lîngă factori medicali, și pe cei economici, culturali și sociali, ce concură în mod direct sau indirect la apariția bolilor de ochi cu evoluție spre cecitate (5,35).

Referindu-se la ambliopi — considerați în ansamblul lor — se poate menționa opinia lui Crouzet, care arată că 5% dintre aceștia evoluează către orbire, o mică parte evoluează spre bine, iar cea mai mare parte rămîn staționari.

În concluzie pierderile umane înregistrate de societate, ca urmare a încadrării în invaliditate prin boli oculare, sînt în medie de 48 persoane anual, în județul Cluj. Aceste pierderi sînt cu atît mai mari cu cît cei mai mulți dintre invalizi ies din activitatea organizată în perioadele cele mai productive (între 32 și 55 ani). Menționăm că în cazul ieșirii din activitatea la vîrste tinere, sub 30 ani, sau relativ tinere, sub 40 ani, pierderile sociale sînt foarte mari, pensionarul nereușind, uneori, să amortizeze investițiile care s-au făcut pentru formația sa școlară și profesională, cu atît mai mult, cu cît nu reușește să contribuie la dezvoltarea societății în care trăiește. Autorii anglo-saxoni și francezii au făcut numeroase calcule privitoare la pierderile sociale ca urmare a incapacității de muncă sau a deceselor, valabile mai ales pentru societatea de consum, dar care este bine să fie cunoscute și de noi (10,12).

În societatea socialistă, problema se pune și sub aspectul umanismului socialist, care situează în centrul preocupărilor societății, omul cu năzuințele și aspirațiile sale. Privitor la nevoile sanitare, ele sînt vitale și deci prioritare; totodată sînt subiective și practic nelimitate. Societatea socialistă cere membrilor săi să lucreze cît mai mult și cît mai bine, în locul în care poate da cel mai bun randament. Totodată, ea asigură membrilor săi întreaga protecție atît în condiții de activitate cît și în cazul reducerii sau pierderii capacității de muncă pe toată perioada incapacității.

Această largă concepție umanistă cere însă o îmbinare armonioasă cu economicitatea pentru că, deși „sănătatea nu are preț,

bugetul de asigurări sociale, cheltuielile pentru păstrarea sau recîștigarea sănătății sînt limitate" (5,12, 27, 36,37).

Plecînd de la datele de morbiditate și mai ales de invaliditate prin boli oculare din județul Cluj, se ridică problema măsurilor de economicitate care se impun.

Orice fenomen patologic și cu deosebire unul de proporția celui amintit — morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă și invaliditate — suscită ideea profilaxiei, nu numai pentru că profilaxia este mai eficace decît asistența medicală și terapeutică, dar fiindcă este și mai ieftină și mai eficientă (17).

Eficiența în medicină înseamnă modalitatea de a acționa cu înaltă competență, precoce (adică în timp util), cauzal, continuativ, pînă la recuperarea deplină a subiectului și respectînd în permanență legislația în vigoare.

Cercetări relativ recente, efectuate la Québec (Canada) și la Lyon (Franța), au arătat că buna informație medicală determină aproape dublarea eficienței practicii medicale, pe linia diagnosticului și a terapiei. Aceasta cu atît mai mult cu cît medicina este o știință în continuă remaniere și restructurare. Pe lîngă vechile și clasicele sarcini ale medicului, în ultimele decenii s-a mai adăugat cea de *„gestionar al umanului"*. În această muncă medicul nu este singur, dar el trebuie să fie pregătit, cooperant (7,10,11,25,26,27).

Pe baza observațiilor proprii și a datelor din literatură, încercăm să schițăm măsurile care, o dată realizate, pot contribui la creșterea eficienței activității medico-sanitare în general și a celei de profilaxie și recuperare a bolilor oculare, în special:

— Să se facă o medicină profilactică, științifică, care să privească omul în ansamblul său bio-psiho-social;

— Să se lărgească practica *sfatului genetic,* care să explice tinerilor riscurile oculare ale unui copil născut din părinți cu afecțiuni oculare, cu potențial de transmisie genetică (retinopatie pigmentară, retinoblastom, diabet zaharat etc.);

— Să se cunoască morbiditatea generală, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, invaliditatea (ambliopii și nevăzătorii din teritoriu);

— Să se acționeze cauzal („felix qui potuit rerum congnoscere causas"); intensiv, continuativ, recuperator și după încadrarea sau reîncadrarea în activitate să fie urmărite în primul rînd infecțiile și accidentele;

— Să se aplice principiile de oftalmoergonomie atît în viața profesională, cît și cea extraprofesională a oamenilor muncii, în mod deosebit a celor cu afecțiuni oculare cronice, a monoftalmilor, ambliopilor și a nevăzătorilor;

— Să se acționeze permanent pentru păstrarea nealterată a mediului ambiant, astfel încît să se conserve potențialul sanogen (pentru ochi sînt deosebit de nocive substanțele volatile iritante, căldura excesivă și aerocontaminanții);

— Să se facă o educație sanitară susținută și eficientă încă din prima copilărie, care să se extindă de-a lungul întregii vieți și care să aibă ca obiectiv principal igienizarea în care se are în vedere alimentația rațională, necesitatea mișcării și activitatea — inclusiv a deficienților cronici cu afecțiuni compensate și stabilizate — în sistem organizat;

— Să se insiste și să se demonstreze rolul neîndoielnic sanogen al muncii efectuată cu respectarea condițiilor oftalmoergonomice;

— Să se efectueze cele mai eficiente și ieftine explorări;

— Să se optimizeze activitatea medicală prin pregătire profesională, comportare etică, cunoașterea și aplicarea legislației în vigoare, găsirea și introducerea, în activitatea practică, a celor mai eficiente soluții rapide și economice.

— Să se orienteze activitatea medico-sanitară în așa fel încît să se înlesnească înfăptuirea în practică a măsurilor schițate anterior.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Banu, G., *Sănătatea poporului român,* Editura pentru Literatură și Artă Regele Carol I, București, 1935, 276—271.
2. Călugăru, M., *Probleme de etiopatogeneză și diagnostic pozitiv în corioretinopatia centrală seroasă,* Oftalmologia, 2, 1980, 121.
3. Cernea, P., Florica, Constantin, *Glaucomul,* Ed. Medicală, București, 1979.
4. Cernea, P., Florica, Constantin, *Vederea culorilor,* Editura Scrisul Românesc, Craiova, 1977.
5. Coroi, V., Huszár, T., *Economie și umanism,* Viața Medicală, 10, 1976, 313.
6. Darrell, R. W., Ann. d'ocul. (Paris) 197, 1964, 731.
7. Davies, H., *Modern Medicine. A Doctor's Dissent,* Ed. Abelard-Schuman Ltd., Londra, 1977.
8. Desai, Homi, *Models of Basic Rehabilitation,* în vol. *Proceedings of the World Assembly of the World Council for the Welfare of the Blind held in Antwerp,* Belgium. August 1—10, 1979, 199.
9. Glăvan, I. I., Doina, Tocarian, *Macula în retinopatia vasculară, degenerativă și de senescență. Rezultate terapeutice,* Oftalmologia 2, 1980, 125.
10. Gueniot, M., *L'enseignement de l'économie médicale,* Médicine de Fr., 1973, 243, 9.
11. Huszár, T., Alice, Merovici, economist Gh. Gheorghe, *Studiul cost-eficiență privind dispensarul urban (izolat), comasat din policlinică,* Viața Medicală 3, 1980, 133.
12. Jolly, D., *L'intérêt de la formation du médecin en édonomie de la santé,* Rev. Prat. 53, 1977, 3706—3710.
13. Jerome, R. Dunham, *Blindness and Visual Impairment,* In vol. *Disability and Rehabilitation Handbook,* Editor in Chief Robert M. Goldenson, 1978.
14. Marcu, I., Dobrota, M., *Aspecte sociale care constituie probleme de rezolvat în instruirea și educarea nevăzătorilor,* II. *Cauzele dobîndirii cecității,* Viața Nouă, 2, 1976, 5.
15. Marin, Fl., Grünfeld H., Șortan V., Armeanu, V., Solomon, N., Boroș, L., *Locul cecității în invaliditatea orașului Cluj,* Com. Simpozionul: „Probleme de profilaxie a cecității", rezumat în Oftalmologia, 2, 1964, 160.
16. Marin, Fl., Onojescu, Virginia, Armeanu, V., Șortan, V., Solomon, N., *Observații statistice asupra invalidității în orașul și regiunea Cluj,* Clujul Medical, 2, 1963, 42.
17. Marin, Fl., Bradu, V., *Aspecte ale morbidității teritoriale pe baza statisticii invalidității din teritoriu,* Igiena, 4, 1965, 229.
18. Marin, Fl., *Curs elementar de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă,* IMF Cluj-Napoca, 1973, 1—18.
19. Marin, Fl., *Expertiza medicală a capacității de muncă și implicațiile ei economice.* Conferință ținută în ziua de 4 aprilie 1978, IMF Cluj-Napoca (sub tipar).
20. Marin, Fl., As.soc. Maria, Pușcă, *Probleme medico-sociale ale ambliopilor și nevăzătorilor încadrați în Cooperativa Munca Invalizilor din Cluj-Napoca,* — Com. USSM, Filiala Cluj — Secția Cultură fizică medicală, Sport, EMRCM — în ziua de 26 ianuarie 1981.
21. Marin, Fl., *Morbiditatea și invaliditatea prin boli oculare în județul Cluj,* Com. USSM — Secția Cultură fizică medicală, Sport, EMRCM, 26 ianurie 1981.
22. Mavrodin, D., *Scrisoare metodologică,* IERCM București, 1972.
23. Orzalesi, N., Grignolo, E., Bolescarenini, B., 5.—th. Congress of the European Society of Ophtalmology, Hamburg — Enke — Stuttgart, 1978, 145.
24. Păcurariu, I., Marin, C., *Dinamica unor boli oculare ale copilăriei și vîrstei înaintate.* Oftalmologia, XVIII, 4, 1973, 289—305.
25. Phelicier, Y., Mouchez, Ph., *Abrégé de sociologie et économie médicales,* Masson et Cie Editeurs, 1973, Paris.
26. Penneau, J., *La responsabilité médicale,* Ed. Sirey, Paris, 1977, 343.
27. Rădulescu, D., *Probleme de economicitate în examinările radiologice,* Clujul Medical, 2, 1977, 211.
28. Schultz, Bruno, *Cheltuielile suplimentare ale unui nevăzător,* Soziale Arbeit R.F.G., Heft 3, 1968, 123.
29. Segal, N., Elisabeta, Roșca, Marta, Novac, *Morbiditatea și factorii de risc în cataracta presenilă* I. *Cataracta senilă devine mai puțin senilă?,* Oftalmologia, 2, 1980, 115.
30. Stănescu, P., *Ce este nou în Oftalmologie,* Magazin XXIV, 1182 din 31 mai 1980 și 7 iunie 1980.
31. Țebeanu, N., *Studiul oftalmologic efectuat la Cooperativa „Munca" București,* Viața Nouă, 4, 1975, 9.
32. Vancea, P. P., Tikwa Schwartzenberg, Dobrescu, Gioconda, (Iași), *Consideration anatomo-clinique concernent les tumeurs malignes intraoculaires,* Ann. d'Oculist. (Paris), 210, 9, 1977, 675—691.
33. Vancea, P. P., Tikwa Schwartzenberg, Dobrescu, Gioconda, *Etude clinique et statistique des tumeurs malignes orbitaires pendant une periode de douze ans,* Ann. d'Oculist (Paris), 1977, 210, 7—8, 571—582.

34. Vasinca, Mircea, *Uveitele,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
35. Wilson, H., *Prevention of Blindness* Proceedings of the World Assembly of the World Council for the Welfare of the Blind held in Antwerp, Belgium. August 1—10, 1979, 168.
36. Voiculescu, M., *Economia sanitară în formarea și activitatea medicului contemporan,* Viața Medicală, 10, 1976, 289.
37. Voiculescu, M., *Patologie postmedicamentoasă,* Viața Medicală 2., 1978, 50.
38. Wolmark, Y., Forette, B., Berthaux, P., Le *cot économique du Glaucome,* Bordeaux Méd., 13, 1980., 461.
39. Zolog, N., *Miopia,* Ed. Facla, Timișoara, 1980.
40. * * *, *Asociația Internațională de luptă împotriva glaucomului.* Anglia — Spitalul King's College — Londra, ianuarie 1980.

IV. EXPLORĂRILE MORFOFUNCȚIONALE LA BOLNAVII CU AFECȚIUNI OCULARE

În activitatea de evaluare și de recuperare a bolnavilor oculari, care prezintă scăderea ori pierderea vederii, cea mai mare importanță o au explorările morfofuncționale. Pe baza datelor obținute prin aceste explorări se cuantifică deficitul funcțional determinat de boală, se precizează de multe ori etiologia bolii de bază, se face evaluarea capacității de muncă a bolnavilor și, tot pe baza acestora, se alcătuiește planul complex de recuperare.

Importanța care se acordă pretutindeni explorărilor funcționale este atestată și de faptul că, la cel de al IV-lea Congres Internațional de Oftalmologie, din 1972, de la Budapesta, a fost dezbătută tema *Explorări funcționale în oftalmologie,* iar valoarea lor practică o confirmă progresul tehnic înregistrat în ultimele decenii în acest domeniu.

Cînd efectuăm o examinare oftalmologică trebuie să știm ce examinăm (inclusiv principiul de funcționare al dispozitivului) și ce semnificație au datele obținute.

Stricta necesitate a oftalmologiei noastre a fost rezolvată prin apariția lucrării autorilor P. Cernea și Florica Constantin, *Explorări funcționale în oftalmologie* (6) și a lucrării *Morfopatologia ochiului și anexelor sale,* elaborată de F. Fodor și Arety Dinulescu (14).

După prezentarea foarte succintă a unor noțiuni de anatomie a analizorului vizual, absolut necesare echipei de recuperatori (pentru înțelegerea explorării, a patologiei și a terapiei organului vizual), vom trece la prezentarea sumară a funcțiilor fiziologice și a metodelor de explorare pentru cunoașterea devierilor acestora, cu sublinierea importanței lor în activitatea practică. În final vom prezenta cuantificarea deficitului funcțional al analizorului vizual (ușor, mediu, accentuat și grav).

IV.1. DATE SUMARE DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE A ANALIZORULUI VIZUAL

Analizorul vizual este alcătuit — ca oricare analizor — din trei segmente: periferic, intermediar şi central.

Segmentul periferic corespunde unui ansamblu de elemente anatomice, care constituie dioptrul ocular şi care concură la formarea imaginii pe retină, aceasta fiind membrana fotosensibilă şi, în acelaşi timp, sediul primului şi celui de al doilea neuron.

Segmentul intermediar începe chiar în retină, unde se găseşte primul şi al doilea neuron (neuronul bipolar şi cel multipolar). Axonii celui de al doilea neuron intră în alcătuirea nervului optic. Cei doi nervi optici converg şi, după ce intră în cutia craniană, se unesc formînd *chiasma optică*, la nivelul căreia, fibrele provenite din jumătatea nazală a celor două retine, se încrucişează, iar cele din jumătatea temporală, merg direct. După încrucişare fibrele directe şi cele încrucişate îşi continuă traiectul sub numele de *tracturile şi bandeletele optice*, ajungînd în talamus, unde fac sinapsă cu cel de al treilea neuron al căii optice. Axonii acestui ultim neuron se îndreaptă spre scoarţa cerebrală, terminîndu-se în lobul occipital.

Segmentul central se găseşte în scoarţa cerebrală a lobului occipital în jurul scizurii calcarine, în aria vizuală, unde se elaborează senzaţia vizuală.

La globii oculari deosebim, în mod schematic, patru formaţiuni anatomo-funcţionale:

— formaţiunea nervoasă;
— formaţiunea oculogiră;
— formaţiunea dioptrică;
— aparatul de protecţie.

Formaţiunea nervoasă, retina — placa fotografică a ochiului — cuprinde elementele receptoare, cu celule în formă de conuri şi bastonaşe. Macula (foveea), partea cea mai importantă a retinei, o condensare de conuri, este lipsită de vase, ea constituie zona în care se formează imaginea cea mai clară; *papila nervului optic* (suma axonilor celulelor ganglionare ale retinei), se continuă cu *nervul optic;* ea nu este sensibilă la lumină (pata oarbă).

Aparatul oculogir, format din muşchii extrinseci ai globului ocular şi nervii lor motori, permite mişcarea acestuia în diferite direcţii.

Aparatul dioptric sau aparatul de refracţie este reprezentat în esenţă de cornee şi de cristalin, care au rol de a converge razele, în aşa fel, încît focarul acestora să cadă pe retină.

Aparatul de protecţie este format din: conjunctivă, pleoape şi aparatul lacrimal.

La acestea trebuie să mai adaugăm aparatul vascular (arterial, capilar, veno-limfatic) şi pe cel nervos. Întregul glob ocular este protejat de sistemul osos al cavităţii orbitare.

Vederea, funcţia analizorului vizual, are trei componente: percepţia luminii (prezentă şi la noii născuţi); *percepţia formelor* şi *percepţia culorilor.*

Acestea formează împreună simţul vizual.

Percepţia luminii. Pentru ca un obiect să poată fi văzut, trebuie să fie luminat sau să emită el însuşi lumină. Vederea se realizează prin interferenţa a doua moduri: *fotopică* şi *scotopică.*

Vederea scotopică este funcţională în condiţii de adaptare la întuneric. Legată de celulele în formă de bastonaşe, este funcţia preponderentă a retinei periferice.

Vederea fotopică, funcţională în condiţii de luminozitate, este legată de celulele în formă de conuri, aflate la nivelul maculei (în mod deosebit în fovee), are sensibilitate sporită pentru lungimile mari de undă (roşii), simţ spaţial dezvoltat şi aptitudini de vedere cromatică.

Vederea mezopică este vederea care rezultă din cele două extreme ale vederii: fotopică şi scotopică.

Percepţia formelor dă relaţii asupra formei, conturului, mărimii şi detaliilor obiectelor pe care le privim. Se descrie o vedere centrală, la nivelul maculei (cea mai clară) şi una periferică, mai puţin clară.

Percepţia culorilor este o funcţie retiniană evoluată a ochiului adaptat la lumină. Probabil că ea se datorează existenţei a trei tipuri de pigmenţi vizuali în conuri, sensibili la cele trei culori fundamentale: roşu, verde şi albastru (eritrolabul, clorolabul şi cianolabul).

IV.2. EXPLORAREA MORFOFUNCŢIONALĂ A ANALIZORULUI VIZUAL

4.2.1. Examenul clinic

Examenul clinic se efectuează metodic începînd cu investigarea antecedentelor heredo-colaterale şi cu istoricul bolii actuale. Se examinează globul ocular, anexele sale şi organismul în întregime. Adesea viciile de refracţie se manifestă prin simptome generale: cefalee vesperală, ameţeli şi numai anamneza atentă şi metodică evidenţiază dureri în globul ocular sau oboseală vizuală, care orientează examinarea şi stabilirea diagnosticului. Se cunoaşte că miopia progresivă evoluează şi cu fenomene generale: scăderea forţei musculare, scăderea metabolismului bazal şi a TA umerale, tulburări biologico-funcţionale, care trebuie să fie corect interpretate,

atunci cînd se efectuează orientarea profesională sau evaluarea capacității de prestație a subiectului respectiv.

La rîndul lor, acuzele oculare ca și evidențierea unor tulburări ale diferitelor structuri anatomice ale globilor oculari pot fi expresia unor boli generale. Sînt binecunoscute alterările oculare din cadrul hipertensiunilor arteriale, a diabetului zaharat, al bolilor de colagen. al unor disproteinemii, a hipertensiunii intracraniene, al unor boli neurologice sau sanguine, ele trebuind să fie cunoscute și interpretate în ansamblul general al organismului bolnavului.

IV.2.2. Examenul acuității vizuale (AV) (Evaluarea simțului formelor)

AV reprezintă posibilitatea ochiului de a aprecia configurația, forma, conturul și detaliile obiectelor și imaginilor; capacitatea lui de a percepe cea mai mică distanță dintre două puncte (pe retină — 4 microni — diametrul maxim al unui con), ce corespunde unei dimensiuni de 1,4 mm situată la distanță de 5 m.

Determinarea AV kinetice (AV pentru obiecte în mișcare) este un test dinamic de explorare funcțională oftalmologică, utilă în cabinetele de ergonomie, pentru selecția și orientarea profesională, precum și pentru urmărirea evoluției diferitelor boli neurologice sau neurochirurgicale cu implicații oftalmologice (Svetlana Dressler — 12).

A.V. se consideră fiziologică atunci cînd este egală cu $\frac{5}{5}$ (1) la fiecare ochi. În activitatea practică pot fi întîlnite diferite variante de modificări ale valorilor AV din care menționăm (după D. Mavrodin — 22):

$\frac{5}{1}\ \frac{1}{1}$ = vedere normală;

$\frac{3}{4} = 0{,}75$, se consideră vedere profesională normală;

$\frac{2}{3} = \frac{5}{7{,}5} = 0{,}65$ adică pierdere a 1/3 din A.V.

$\frac{1}{2} = \frac{5}{10} = 0{,}50$, adică pierdere din AV a 1/2;

$\frac{1}{3} = \frac{5}{15} = 0{,}33$, adică pierderea din AV a 2/3;

$\frac{1}{4} = \frac{5}{20} = 0{,}25$, adică pierderea din AV a 3/4;

$\frac{1}{6} = \frac{5}{30} = 0{,}16$, adică pierdere din AV a 5/6;

$\frac{1}{8} = \frac{5}{40} = 0{,}125$, adică pierdere din AV a 7/8;

$\frac{1}{10} = \frac{5}{50} = 0{,}10$, adică pierdere din AV a 9/10 echivalent, numără degetele de la 5 m.

$\frac{1}{12} = 0{,}08$ numără degetele de la 4 m:

$\frac{1}{16} = 0{,}06$ numără degetele de la 3 m;

$\frac{1}{20} = 0{,}05$ numără degetele de la 2,5 m;

$\frac{1}{25} = 0{,}04$ numără degetele de la 2 m;

$\frac{1}{50} = 0{,}02$ numără degetele de la 1 m;

$\frac{1}{100} = 0{,}01$ numără degetele de la 50 cm;

$\frac{1}{200} = 0{,}005$ numără degetele de la 25 cm;

sub $\frac{1}{200}$ = percepe mișcările mîinii (PMM) „perceptio motu manu"

sub $\frac{1}{400}$ = percepe lumina (PL) fixă sau în mișcare;

Fără perceperea luminii (FPL) = cecitate absolută.

A.V. între 1 și $\frac{2}{3} = \frac{5}{7{,}5} = 0{,}67$ se consideră în limite fiziologice; AV sub aceste valori se consideră scăzută.

Ambliopia este scăderea AV sub 0,5 (1/2), ea poate fi: ușoară, între 0,5—0,3; medie, între 0,2—0,1; accentuată, sub 0,1 (1/10).

Nevăzători se consideră persoanele cu AV sub 0,08 (1/12), la AO sau la cel mai bun ochi.

Cecitatea (orbirea)

Cecitatea denumește pierderea vederii. Din punct de vedere medical este orb ochiul care nu poate percepe senzația de lumină (după Fuchs); orbirea (cecitatea) absolută definește suprimarea totală a vederii (Bourdier).

Minimum de acuitate vizuală necesar orientării în spațiu este de 1/50 (numără degetele de la 1 m) după Trousseau (— 38).

Profesorul D. Manolescu a clasificat orbirile astfel:

Orbirea absolută — fără percepția luminii;

Orbirea socială — limita definită de Trousseau;

Strîmtorări ale cîmpului vizual la 10°. Nu încadrează în orbiri monoftalmii și cazurile curabile /38/.

În practica curentă deosebim: *cecitatea* (orbirea) *relativă*, cu perceperea mișcării mînii (PMM) și a luminii (PL), și *absolută* cînd persoana nu percepe lumina (FPL). Aceasta din urmă este definitivă, fără nici o posibilitate de a redobîndi vederea.

AV profesională este AV minimă necesară exercitării unei profesiuni într-un loc de muncă anume. Se consideră normală, cînd permite exercitarea activității fără oboseală oculară.

În mod practic, AV bilaterală, pînă la 3/4 (0,75), se consideră compatibilă cu majoritatea activităților profesionale. Scăderea AV bilaterală între 0,75 și 0,05 este apreciată în relație cu mărimea obiectelor manipulate de subiect în timpul activității profesionale.

Orbirea profesională se consideră scăderea AV la ambii ochi sub 0,05 (1/20, ceea ce echivalează cu a număra degetele de la 2,5 m); deci de la 0,05 în jos (1/25 și mai puțin).

Evaluarea deficienței vizuale cade în sarcina medicului specialist oftalmolog. Trebuie considerată AV la fiecare ochi, înainte și după corecție. Limitele de AV menționate să referă la ochiul cel mai bun sau la AO. Se specifică și dacă corecția este eficientă sau nu; dacă aceasta nu ameliorează acuitatea vizuală, se menționează obligatoriu „nu corectează".

Determinarea AV la copiii mici este dificilă, dar cunoașterea valorii ei este deosebit de importantă în depistarea și tratarea unor tulburări vizuale în timp util. În acest scop, se folosesc o serie de teste în care se utilizează diferite imagini cu ajutorul cărora se poate evalua AV, mai ales după vîrsta de 3 ani a copilului (M. Ardouin și colab. — 1).

Pentru aprecierea vederii spațiale a celor lipsiți de vedere binoculară este utilă examinarea, care folosește aparatul cu 3 tije, ce poate furniza informații prețioase relativ la gradul de vedere spațială a monoftalmilor și a ambliopilor (V. Săbădeanu și colab. — 37).

Acuitatea vizuală trebuie urmărită cît mai complex, cu obiectul de văzut, nu numai static dar și dinamic, prin *mișcarea acestuia* în cele patru direcții: sus, jos, dreapta, stînga (W. Sawires-36), precum și în funcție de distanța obiectului urmărit și starea de oboseală oculară (W. Sawires-35).

Corecția optică. AV se determină, cum s-a amintit, cu și fără corecție. Se specifică dacă corecția este eficientă sau ineficientă. Corecția ineficientă este dată de: diferența de corecție dintre cei doi ochi; cînd aceasta depășește ± 3 dioptrii (D) sferice sau cilindrice și cînd diferența de acuitate vizuală a celor doi ochi, în urma corecției, depășește 1/3 (22 ș.a.).

Corecția ineficientă scade foarte mult capacitatea de adaptare vizuală. Diferențele mai mari de ± 3 D determină, de obicei, cefalee, ameteli, inconfort la adult; la copii, toleranța se ridică la $\pm 4{,}5$ D.

Exemplu de corecție eficientă:

$$\text{AV OD} = \frac{1}{10} \text{ cu } + 3 \text{ D sferice} = \frac{1}{1};$$

$$\text{AV OS} = \frac{1}{6} \text{ cu } + 2 \text{ D sferice} = \frac{1}{1}.$$

Exemplu de corecție ineficientă :

$$\text{AV OD} = \frac{1}{3} \text{ cu } + 1 \text{ D sferice} = \frac{1}{1};$$

$$\text{OS} = \frac{1}{10} \text{ cu } 4{,}5 \text{ D sferice} = \frac{1}{3}.$$

Diferența de corecție între cei doi ochi fiind de 3,5 D deci, este cel mai adesea, greu de tolerat, fiind mai mare de 3 dioptrii; în acest caz se preferă prescrierea la ochiul stîng a unei corecții, cu control în timp. Cînd corecția e greu suportată se repetă examinarea și se verifică prescripția; nu trebuie neglijate astigmatismele, chiar de grad mic; trebuie exclusă o tulburare de fuziune și, de asemenea, un eventual defect de centrare a lentilelor.

În cuantificarea capacității de prestație vizuală se iau în considerare numai acuitățile vizuale obținute cu corecție eficientă și bine tolerată.

IV.2.3. **Determinarea refracției oculare statice și a viciilor de refracție**

Refracția oculară este capacitatea de refringență totală a ochiului, considerat ca un sistem optic, evaluată în dioptrii (66 dioptrii). În ochiul normal și în stare de repaus, razele paralele venite de la infinit, ce cad pe cornee, sub acțiunea dioptrului ocular, converg pe retină în regiunea maculară, care se află în focarul optic al ochiului.

Refracția oculară depinde de lungimea axială a globului ocular, de raza de curbură a corneei, de refracția cristalinului și de profunzimea camerei anterioare.

Metodele de determinare a refracției oculare sînt:

— Globale, bazate pe schiascopie, refractometrie și oftalmoscopie;

— *Parțiale*, prin care se determină refracția corneei (cheratometria sau oftalmometria), adică se măsoară raza de curbură a corneei.

Se efectuează de către specialist în cabinet cu aparatură adecvată.

Refractometria computerizată este o metodă modernă, rapidă și comodă de determinare a refracției și, concomitent, de prescriere a corecției.

La Spitalul Militar Central București, un asemenea dispozitiv (Dioptron II) a putut fi utilizat și la un copil de un an și șase luni sub anestezie cu Ketalar (Rev. Oft. 1/81 p. 63).

În practică, au apărut cazuri în care a trebuit să schimbăm, chiar cu 3 dioptrii, corecții prescrise de Dioptron (în alte capitale) fiind necorespunzătoare și incomode.

Opiniem că toate prescripțiile de ochelari — atunci cînd se poate colabora cu bolnavul — trebuie verificate practic în cabinet prin aplicare de lentile.

IV.2.4. Examenul fundului de ochi și determinarea tensiunii în artera centrală a retinei (TACR), respectiv presiunea oftalmică (PAO)

Examenul fundului de ochi (FO) — oftalmoscopia — are importanță pentru aproape întreaga patologie, în primul rînd în afecțiuni proprii ale globului ocular și apoi, în mod deosebit, pentru afecțiunile vasculare ce evoluează cu hipertensiune arterială sistemică, diabet și în afecțiuni ale encefalului, care determină creșterea presiunii intracraniene. Originea embrionară, comună a retinei cu a encefalului explică „excesul" acelora care au considerat fundul de ochi „ca un fel de fereastră prin care se privește în encefal". Majoritatea afecțiunilor care evoluează cu hipertensiune au și o expresie oftalmoscopică.

Examenul fundului de ochi se face cu oftalmoscopul clasic cu imagine directă, aceasta mărește elementele de 15—20 de ori, la un emetrop. Ochiul bolnavului are rol de lupă, de 60 de dioptrii, și mărește cu 1/4 din puterea sa optică, deci 60 d/4 de 15 ori. Dacă

bolnavul are o ametropie, mărirea imaginii retiniene la oftalmoscop are alte valori: o imagine mai mică de 15 ori, în cazul hipermetropiei (la afac 40 D, oftalmoscopul obișnuit mărește de 10 ori); în cazul miopiei, situația este contrară. Aceasta este explicația papilelor aparent mici la hipermetropi și afachi, și mari, la miopi. Întinderea de zonă a fundului de ochi, observată cu oftalmoscopul clasic, este proporțională cu diametrul pupilar și invers proporțională cu distanța dintre examinator și examinat, deci este cu atît mai mare cu cît observatorul este mai aproape de bolnav.

Există și oftalmoscoape mai moderne care au o capacitate de mărire ce depășește de 15 ori, și, de asemenea, oftalmoscoape electrice, binoculare, care oferă o imagine stereoscopică, răsturnată, a fundului de ochi (SCHEPENS).

Examenul FO și TACR se impune în:

— Bolile oculare;
— Bolile cardiovasculare, în special în cele care evoluează cu hipertensiune arterială;
— Bolile renale (cu sau fără hipertensiune);
— Bolile pulmonare: bronhopneumopatii cronice obstructive și sindroamele mediastinale;
— Diabetul zaharat (uneori acesta este decelat prin simptomatologie oculară);
— Hemopatii maligne (leucemii);
— Disproteinemii (boala Waldenström);
— Colagenoze maligne (lupoeritematoviscerita malignă, periarterita nodoasă, ș.a.);
— Diverse boli neurologice (leuconevraxite, tumori cerebrale, lues nervos ș.a.);
— Cazuri de cefalee, ameteli etc.

Modificările constatate la examenul oftalmoscopic nu sînt strict specifice. Modul de reacție al elementelor fundului de ochi este similar în multe afecțiuni. Medicul care efectuează examinarea nu poate pune întotdeauna diagnosticul, el are sarcina de a descrie cît mai fidel modificările observate. Revine medicului practician, curant, obligația de a le interpreta, de a stabili diagnosticul clinic și terapia corespunzătoare.

Pregătirea pentru examenul FO se face prin instilarea unei picături de „mydrum", eventual homatropină 1%, în sacul conjunctival cu 10, respectiv 30 minute înainte de examinare. *Administrarea de homatropină și mai ales de atropină se contraindică în glaucom* întrucît, în caz de unghi camerian îngust, poate declanșa un atac de glaucom acut.

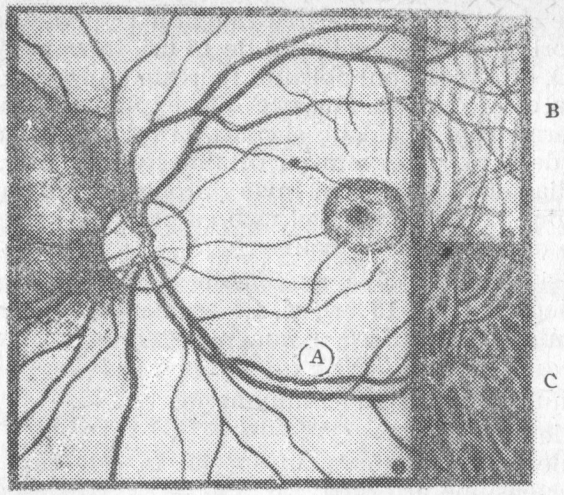


Fig. 1. Fund de ochi de aspect normal.
A — aspect normal; *B* — decolorat; *C* — pigmentat.

Un examen de fund de ochi (FO) complet necesită descrierea următoarelor elemente: papila nervului optic; pata galbenă sau macula lutea; vasele retinei; retina însăși.

Examenul trebuie completat cu determinarea tensiunii în artera centrală a retinei (TACR). Figura 1 reprezintă un F.O. de aspect normal.

Papila nervului optic (PNO) are diametrul de 1,5 mm (la oftalmoscop de 2 cm); acest element servește drept reper în localizarea și aprecierea dimensiunilor diferitelor leziuni corioretiniene. În condiții fiziologice, papila este de culoare galbenă-portocalie, net conturată față de restul retinei. În centrul său se găsește o ușoară excavație fiziologică, prin care apar vasele centrale ale retinei. În mod patologic, aceste caractere se modifică. Citățm aterările oftalmoscopice clasice ale papilei:

— *În hipertensiunea intracraniană,* marginile papilei se șterg, excavația dispare, apare edemul papilo-retinian, întreaga papilă proemină, ajungînd pînă la aspectul „de ciupercă". Vasele devin sinoase. Venele se dilată, apar hemoragii; subiectiv apar eclipse, treptat AV scade, CV se îngustează /34 s.a./;

— *În glaucom,* marginile papilei sînt bine conturate, excavația fiziologică se mărește, papila în întregime se decolorează — începînd cu partea temporală —, vasele centrale ale retinei sînt împinse spre partea nazală, se subțiază și sînt înfundate în excavația papilară lărgită; adesea apare un puls arterial spontan;

— *În scleroza în plăci,* papila se decolorează, la început segmentar, temporal, apoi în întregime;

— *În papilite* (inflamații ale nervului optic), se modifică culoarea și conturul său: papila devine roșie, marginile sale se șterg, venele se dilată, apar mici hemoragii, AV este mult scăzută, uneori mișcările globilor oculari sînt dureroase;

— *În atrofia de nerv optic,* papila este decolorată, palidă-albicioasă, cu marginile bine conturate sau șterse, vasele îngustate; scăderea vederii poate ajunge pînă la cecitate.

Pata galbenă (macula lutea) este partea cea mai sensibilă a retinei, cu rol în vederea centrală. În centrul ei se găsește o mică înfundare: fovea centralis — foveola — care este zona vederii celei mai bune. Ea prezintă, la tineri, un reflex strălucitor, foveal. Macula are culoarea roșiatică, mai intensă decît restul retinei și nu prezintă vase (se nutrește prin imbibiție). În mod patologic, în ateroscleroză, reflexul său se șterge, fovea centrală nu se mai distinge, apar vase care înaintează către fovee în „cap de meduză", putînd apărea capilaroza maculară sau alte aspecte care vor fi enumerate la capitolul *Sindromul macular* (partea specială).

Vasele retinei. Arteriolele și venulele retinei sînt răspîndite pe întreg FO, cu excepția petei galbene. Arteriolele provin din artera centrală a retinei (de fapt și aceasta este arteriolă) care ia naștere din artera oftalmică, ramură a arterei carotide interne. Venulele se colectează în vena centrală a retinei care se varsă în vena oftalmică, apoi în sinusul cavernos, în final în venele jugulare. De aici, marea importanță a examinării acestor vase în diferite vasculopatii generale și cerebrale, ceea ce l-a făcut pe Paul Bailliart să afirme că: „circulația retiniană este copilul circulației cerebrale".

Arteriolele apar sub forma unor cordoane înguste de culoare roșie deschisă, cu un reflex strălucitor, cu lumenul uniform și pereții subțiri.

Venulele sînt ceva mai largi decît arteriolele, de o culoare roșie mai închisă decît acestea, cu lumenul uniform, fără reflex.

În mod patologic, caracterele menționate se modifică: arteriolele în general se strîmtează /4 s.a./, prezintă inegalități de calibru, pereții se îngroașă și devin neregulați, reflexele se șterg (mai ales la persoane în vîrstă), *semnul lui Salus-Gunn* (semnul încrucișării arterei îngroșate peste vena subiacentă) se manifestă în diversele lui aspecte (I—VI).

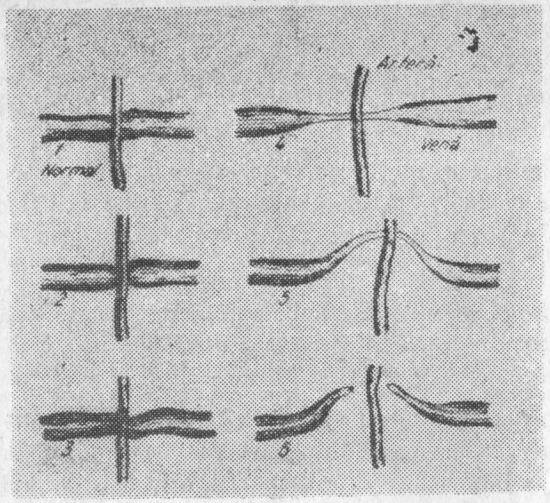


Fig. 2. Variațiile încrucișărilor arterio-venoase (Salus).
1 — normal; *2* — strîmtorare moderată a traiectului venos la încrucișarea arterei; *3* — strîmtorare și deplasare a venei înainte și după locul încrucișării; *4* — sclero-fibrozarea traiectului venos; *5* — deplasarea arcului venos sclerozat la nivelul încrucișării; *6* — aspect discontinuu al traiectului venos la nivelul încrucișării.

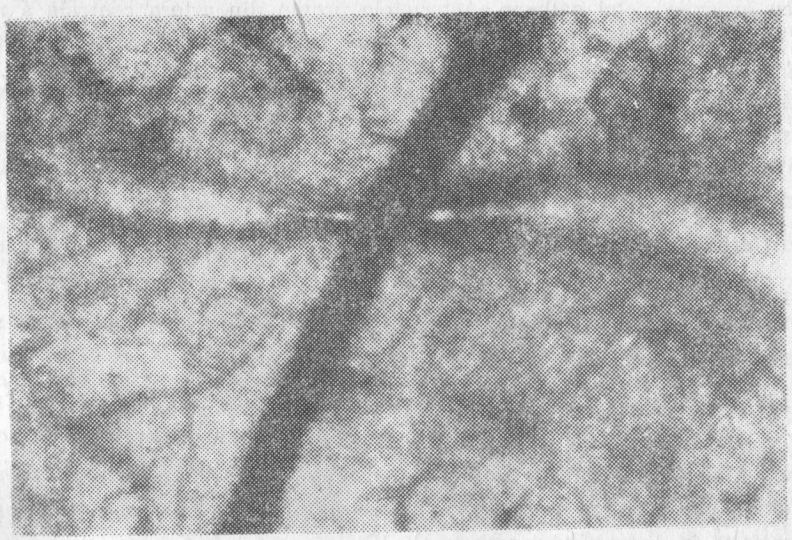


Fig. 3. Semnul încrucișării (după Salus) (H. Saraux, Précis d'opthalmologie, Ed. Masson Paris, 1969, 831).

Figura 2 arată posibilitățile modificărilor de la nivelul încrucișării arterio-venoase, începînd cu desenul de la 1 care figurează aspectul fiziologic, pînă la numărul 6, care arată aspectul patologic cel mai avansat.

„Semnul încrucișării" apare cel mai frecvent în regiunea bifurcării temporalelor superioare și inferioare; poate fi însă întîlnit oriunde pe suprafața fundului de ochi /33 ș.a./; are valoare cu atît mai mare cu cît este mai depărtat de papilă.

Menționăm că semnul Salus-Gunn I—III poate fi fiziologic la persoane în vîrstă. Adesea arterele, dar mai ales venele, devin sinuoase, ajungînd pînă la forme de „tirbușon". Poate apare și semnul numit de unii autori „Salus inversat" (artera este turtită de vena supraiacentă îngroșată și dilatată). *Aceste modificări vasculare constituie ceea ce se numește „angiopatia retiniană".* Se mai pot întîlni tromboze ale venei centrale a retinei sau ale ramurilor sale, obstrucția arterei centrale a retinei, periflebita retiniană ș.a.

Retina este de culoare roșie portocalie, de o nuanță mai închisă la persoane brunete și mai deschisă la blonzi. La tineri, este roză și cu reflexe vii; la vîrstnici, este mai șterșă. *În mod patologic,* aspectul se modifică: culoarea roșie-roz se alterează, pot apare pete, exudate, hemoragii și edeme, *modificări ce sînt cuprinse sub numele de „angio-retinopatie".* Este caracteristică nuanța cenușie a FO în dezlipirea de retină și brună în tumorile melanice uveale.

Examenul tensiunii în artera centrală a retinei (TACR), respectiv în artera oftalmică (P.A.O.)

Determinarea TACR, oftalmodinamometria, sfigmoscopia retiniană (sau tonoscopia retiniană (datorită faptului că se face sub observația oftalmoscopică), definește o tehnică prin care se măsoară de fapt presiunea în artera oftamică (PAO).

Se determină cu oftalmodinamometrul, imediat după examenul FO, cu aceeași pregătire.

S-a descris: TACR (PAO) minimă, cea mai importantă în practică, în valoare de 35 mmHg ±10, și *TACR (PAO) maximă,* în valoare de 60—70 mmHg ±10, mai instabilă și care nu se urmărește curent (la bolnavii vasculari determinarea ei comportă și un risc) și *TACR (PAO) medie.*

În activitatea practică se urmărește și se descrie:
— Aspectul FO (cu toate elementele sale);
— Valoarea PAO diastolică, adică TACR diastolică;
— Indicele retino-umeral (IRU).

În activitatea științifică se urmărește TACR minimă, cea sistolică, cea medie și indicele Fritz (diferența dintre TACR minimă și medie).

Valoarea TACR se exprimă în grame apă sau, pentru a putea fi comparată cu tensiunea arterială umerală — sistemică — (TAU), în mmHg.

Transformarea se poate face cu ajutorul scării de echivalență. În practică, ele se pot echivala de la egal la egal, fără a greși prea mult /8 ș.a./

Valoarea normală a $TACR = \frac{TAU\ diastolică}{2} = 35$ mmHg, cu valori limită $\pm$ $\pm$ 10 (valori extreme 25 — 45 mmHg).

IRU (diastolic) $\frac{TACR\ (diastolică)}{TAU\ (diastolică)} = 0{,}45 \pm 10$

IRU (sistolic) $\frac{TACR\ (sistolică)}{TAU\ (sistolică)} = 0{,}55 \pm 10$; (nu se urmărește în activitatea practică).

Valoare deosebită are IRU diastolic. El poate fi:

IRU concordant: — fiziologic, TAU și TACR în limite fiziologie
— patologic, hipertensiune sau hipotensiune sistemică și cerebro-retiniană

IRU discordant:
— pozitiv: absolut — TAR mare, TAU normală; relativ — TAR mare, TAU ridicată sau scăzută
— negativ: absolut — TAR mică, TAU normală; relativ — TAR mică, TAU ridicată ori scăzută.

Exemplu de IRU concordant, fiziologic: $\frac{TAR}{TAU} = \frac{35}{70}$

pentru că se respectă raportul 0,45$\pm$10 și ambele tensiuni diastolice (retiniană și umerală) sînt la valori normale.

IRU discordant, pozitiv, absolut, în care nu se respectă raportul de 0,45; TACR diastolică cu valori mari, TAU diastolică cu valori fiziologice, deci IRU mai mare de 0,55

exemplu: $\frac{TACR}{TAU} = \frac{50}{70}$

IRU discordant, pozitiv, relativ: TACR cu valori foarte mari, TAU cu valori mari, deci IRU mai mare de 0,55

exemplu: $\frac{TACR}{TAU} = \frac{70}{110}$.

IRU discordant, negativ, absolut: TACR cu valori mici, TAU cu valori fiziologice deci IRU mai mic de 0,35

exemplu: $\frac{TACR}{TAU} = \frac{20}{70}$

IRU discordant, negativ, relativ: TACR cu valori foarte mici, TAU cu valori mici, IRU, cu valori sub 0,35

exemplu: $\frac{TACR}{TAU} = \frac{15}{50}$.

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

Determinarea TACR (PAO) și interpretarea sa integrativă, în corelație cu simptome clinice și biologico-funcționale de suferință vasculo-cerebrală cu aspectul FO, cu valoarea TAU și a indicelui retino-umeral (IRU) și, eventual, cu radiocirculograma, are deosebită importanță în:

— Diagnosticul precoce al hipertensiunii arteriale esențiale (boala poate începe regional, cu creșteri ale TACR /20/);

— În urmărirea evoluției oricărei hipertensiuni arteriale /20/;

— În aplicarea unui tratament individualizat al hipertensiunii arteriale în funcție și de valorile PAO, respectiv IRU, în sensul că formele cu IRU cu valori mari necesită doze mai mari de hipotensoare, în timp ce la formele cu IRU cu valori mici, hipotensoarele, ganglioplegicele și vasodilatatoarele, trebuie administrate cu prudență, putînd determina accidente vasculo-cerebrale, mai des de tip trombotic. În aceste forme, emisia de sînge trebuie efectuată cu prudență și numai în cazuri de absolută necesitate /19/;

— În evaluarea prognosticului hipertensiunii arteriale (HTA); scăderile bruște al TACR, mai ales dacă urmează unei perioade în care ea a fost la valori mari și s-au adăugat și semne de ateroscleroză, are un prognostic sever; scăderea TACR este expresia insuficienței vasculo-cerebrale, preludiul, în multe cazuri, a accidentelor vasculo-cerebrale;

— În elucidarea unor fenomene funcționale ce evoluează cu oboseală /21/ și amețeli /19/.

Modificări FO și TACR în hipertensiunea arterială
(după Keith-Wägner — Thill-Barker —, M. Carapancea — 4

Le redăm foarte succint dată fiind importanța și semnificația lor pentru afecțiunile oculare și cele generale, de asemenea pentru orientarea prognosticului optiv și deseori a celui vital.

Stadiul I. Aspectul arterelor este puțin modificat: calibrul devine neregulat, cu traiectul ușor sinuos sau drept și cu reflexul lărgit. Semnul încrucișării poate fi schițat. TACR crește intermitent, adesea precede creșterile TA sistemice. Venele pot să apară ușor sinuoase.

Stadiul II. Modificările arteriale descrise devin mai evidente, semnul încrucișării este manifest. Papila nervului optic este de aspect fiziologic. Încă în acest stadiu pot apărea mici hemoragii fine, lineare, perivasculare. Vasele prezintă uneori un reflex care le dă aspectul cunoscut sub numele de „sîrmă de cupru". TACR are tendință la modificarea raportului retino-umoral, în sensul creșterii acestuia. Semnul Salus-Gunn este pozitiv în stadiul II—III. Venele sînt ușor sinuoase și dilatate.

Stadiul III. Este stadiul modificărilor de angioscleroză retiniană: arterele sînt îngustate, filiforme, cu calibru neregulat, uneori iau aspectul de „sîrmă de argint". Semnul Salus-Gunn, în stadiile avansate, apare și către periferia FO. Marginile papilei sînt șterse (din cauza edemului papilo-retinian). Foca-

rele hemoragice și exudatele sînt mai extinse și mai numeroase. Este stadiul de angio-retinopatie. TACR este mai des concordantă cu TA sistemică, dar pot fi surprinse și discordanțe.

Stadiul IV. Angioscleroză retiniană și retinopatie avansată cu vasele parțial obliterate. Edemele cuprind o mare parte din retină. Papila „înoată" în acest edem ce acoperă și vasele, care uneori abia se mai văd. Exudatele și hemoragiile sînt diseminate pe întreaga retină. TACR are tendință la scădere. Aceasta este ultimul stadiu cunoscut sub numele de *angioneuro-retinopatie*, cînd pot apare tromboze și/sau dezlipiri de retină.

Radiocirculograma cerebrală și angiografia retiniană cu fluoresceină /16, 25/ se asociază adesea acestor explorări, oferind relații suplimentare asupra regimului circulator cerebral și retinian.

Alterările fundului de ochi din diabetul zaharat, foarte frecvente și grave, vor fi descrise în Cap. I al părții speciale a lucrării.

Modificările fundului de ochi în tumorile cerebrale

În general, se estimează că 70% din tumorile cerebrale evoluează cu *edem papilar* care, asociat cefaleei și vomei, constituie triada simptomatică clasică. Problema va fi expusă în partea specială a lucrării: Cap. I. subcapitolul „Patologia nervului optic".

Recent tehnicienii japonezi au realizat un oftalmoscop cu un aparat anexat, care fotografiază fundul de ochi și proiectează imaginea pe ecranul unui televizor în alb-negru sau color. Cu acest aparat, examinatorul poate localiza și poate preciza extinderea exactă a suprafețelor patologice ale fundului de ochi /17/.

IV.2.5. **Biomicroscopia oculară** (examenul la lampa cu fantă)

Este metoda de examinare obiectivă a globului ocular, cea mai uzuală și cea mai utilă în practica oftalmologică.

Ea se bazează pe principiul iluminării focale laterale.

Sînt diverse tipuri de biomicroscoape, toate avînd însă două elemente; sursa de lumină puternică și un sistem optic măritor (microscop).

Sursa de lumină (fanta optică) la biomicroscoapele moderne este cuplată microscopului, astfel încît amîndouă sînt focalizate pe același punct.

Lumina e albă sau se interpun filtre aneritre (verde sau albastru cobalt, ultimul pentru a vizualiza fluoresceina).

Intensitatea luminii, lărgimea și înclinarea fantei de lumină pot fi reglate.

Sistemul optic, binocular are diferite puteri de mărire (10× pînă la 40×). Se începe examenul de ansamblu cu fantă mijlocie și mărire mică (10×) a corneei, camerei anterioare și cristalinului.

În continuare se face examinarea îngustînd fanta și cu mărire forte.

Antero-posterior se examinează următoarele elemente: filmul lacrimal; corneea, cu toate straturile sale, eventual colorată cu fluoresceină; camera anterioară; irisul (fața sa anterioară), cu zona pupilară și cea ciliară; cristalinul — după dilatarea prealabilă a pupilei se poate explora mai complet, cu benzile sale de discontinuitate —, partea anterioară a vitrosului, de asemenea, la nevoie, anexele globului: pleoape, conjunctivă etc.

Interpunînd lentila Hruby anexată biomicroscopului sau lentila de contact cu trei oglinzi a lui Goldmann se explorează biomicroscopic (deci în observație stereoscopică) vitrosul și polul posterior (coroidă, retină, nerv optic).

Gonioscopia (de fapt biomicroscopie în condiții speciale) este metoda de examinare a anatomiei unghiului irido-cornean (unghiul camerei anterioare, prin care se elimină umoarea apoasă), obligatorie în glaucom, alături de tonogramă (care dă relații despre funcționalitatea unghiului).

Rezultatul gonioscopiei este factor decisiv în terapia glaucomului (chirurgicală ori medicamentoasă), de asemenea în cazurile în care suspicionăm o formație patologică (exudat, corp străin, tumoare) la acest nivel.

Explorarea gonioscopică nu este posibilă decît cu ajutorul unei sticle de contact care să neutralizeze curbura corneei pentru că altfel razele reflectate de această zonă periferică a camerei anterioare sînt oprite prin reflexia lor totală pe cornee.

Metoda gonioscopică indirectă e cea utilizată în practică. Examinarea se face sub biomicroscop cu aplicarea gonioscopului pe cornee. Gonioscopul cel mai utilizat este cel al lui Goldmann care are înglobate în sticla de contact oglinzi ce reflectă spre unghiul camerian razele sursei de lumină a biomicroscopului și captează imaginea zonei luminate. Puterea de mărire este de 10—40 ori (aparține biomicroscopului). Elementele pe care le observăm la gonioscopie, în cazul unui unghi normal, plecînd de la partea sa anterioară (corneo-sclerală spre iris) sînt: inelul lui Schwalbe, trabeculul scleral — în grosimea sa se poate repera adesea și canalul lui Schlemm —, pintenele scleral (cînd acesta poate fi văzut, unghiul este deschis funcțional), banda ciliară și, în sfîrșit, situată posterior, rădăcina irisului.

Un unghi larg deschis are, la gonioscopie, 25—40° și lasă să se observe toate elementele menționate mai sus.

Cînd deschiderea unghiului este redusă între 5—15° este un unghi mediu deschis (se vede inelul Schwalbe și foarte puțin din trabecul).

Cînd nu apare trabeculul și unghiul e sub 10°, este un unghi închis gr. I, iar cînd rădăcina irisului apare lipită de cornee, un unghi grad 0 (zero), total închis.

IV.2.6. Măsurarea cîmpului vizual (vederea periferică)

Perimetria și campimetria

Cîmpul vizual (CV) monocular este spațiul pe care-l cuprinde ochiul în timp ce privește un punct fix. Cîmpul vizual binocular este ansamblul punctelor din spațiu cuprins de cei doi ochi larg deschiși. Se determină cu arcurile perimetrice simple, electrice sau sferice (cu cupolă). Pentru explorarea deficitelor centrale se utilizează metoda campimetrică care se efectuează cu ajutorul campimetrului atît

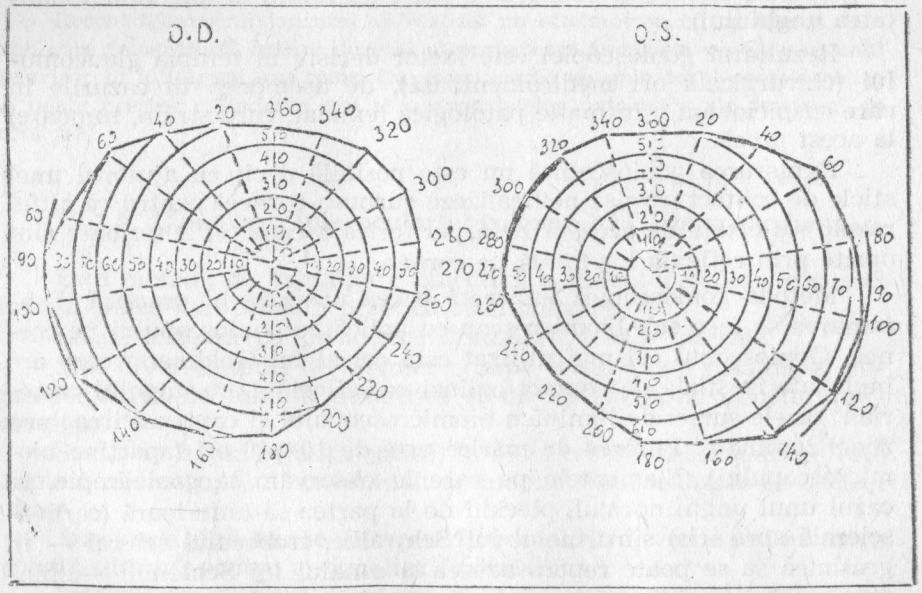


Fig. 4. Cîmpul vizual normal pentru alb.

monocular cît și binocular. Prin campimetrie se pun în evidență deficitele pînă la 30°, în jurul centrului cîmpului vizual; datele oferite sînt de o finețe mai mare ca cele obținute prin procedeul perimetric care rămîne valoros pentru zonele periferice, ce nu pot fi cuprinse la campimetrie.

Limitele fiziologice ale cîmpului vizual pentru alb sînt: temporal 90°, nazal 60°, superior 50°, inferior 70°. În mod patologic, aceste valori scad:

— *Scăderile ușoare* sînt considerate strîmtările CV cu 10—20°;
— *Scăderile medii* sînt considerate strîmtările CV cu 20—30°;
— *Scăderile accentuate* le constituie strîmtările CV cu 30—40°;
— *Scăderile grave* sînt cele care depășesc 40°, cînd de fapt avem o vedere tubulară /22 ș.a./.

Absența imaginii în cîmpul vizual, pe zone limitate, se numește *scotom*. Există un scotom fiziologic temporal, corespunzător papilei nervului optic. *Scotoamele patologice* corespund unei alterări a corioretinei, a căilor optice, sau ale scoarței cerebrale.

Hemianopsia semnifică lipsa a două jumătăți simetrice din cîmpul vizual.

Indicațiile determinării cîmpului vizual sînt foarte numeroase, citățm pe cele mai importante: glaucomul (reducerea cîmpului vizual în partea infero-nazală este aproape patognomonică pentru glau-

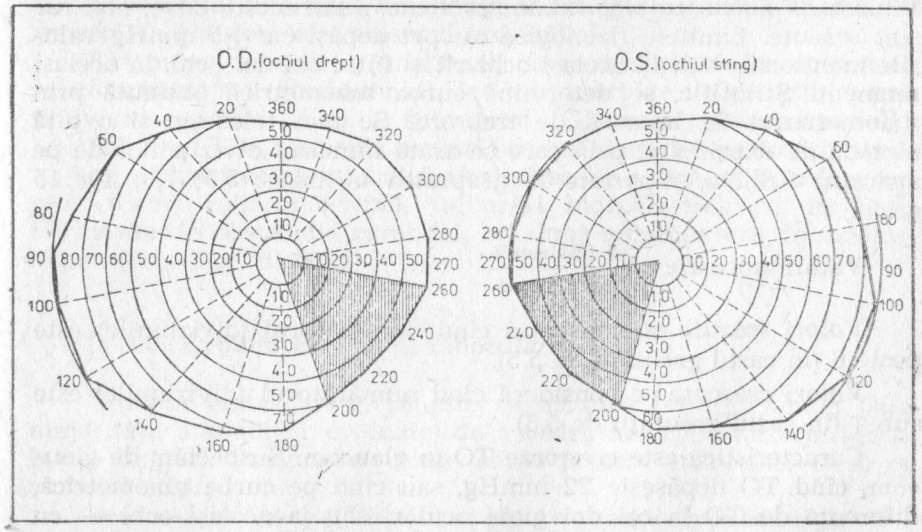


Fig. 5. Cîmp vizual patologic.

com), retinopatia pigmentară, atrofii de nerv optic, nevrite retrobulbare (caracteristic scotomul central), dezlipirea de retină, papilitele, degenerările maculare, afecțiuni neurologice (scleroza în plăci debutează adesea cu scotom central); în afecțiunile hipofizare se întîlnește adesea hemianopsie heteronimă bitemporală.

Se poate efectua și cîmp vizual pentru culorile: roșie, verde și albastră. CV pentru culori — în mod normal — este mai strîmtorat față de alb cu 10°, pentru albastru, 20°, pentru roșu, și 30°, pentru verde. Determinarea sa este foarte importantă în stadiile incipiente de boală pentru că alterările de cîmp pentru culori preced și sînt mai marcate ca cele pentru alb. În papilite și în afecțiuni ale nervului optic, cîmpul vizual este mai alterat pentru culoarea roșie și verde, iar în cele retiniene, pentru albastru. Alterările de cîmp vizual au mare pondere — succed imediat acuității vizuale — în aprecierea deficitului (handicapului) optic.

IV.2.7. **Tonometria oculară (explorarea oftalmotonusului)**

Tonometria oculară (T.O.) este tehnica prin care se măsoară tensiunea dată de conținutul globului ocular (umoarea apoasă, cristalinul, vitrosul și masa sanguină). Se efectuează cu tonometrul. *Valorile fiziologice* sînt considerate 15—22 mmHg (cu tonometrul Schiötz). *Valorile patologice* sînt crescute peste aceste cifre, mai rar sînt scăzute. Limitele fiziologice nu pot depăși cu ±5 mmHg valorile menționate atît la același ochi cît și între cei doi ochi, în același moment. Științific, se determină curba tonometrică obținută prin tonometrizare la interval de trei ore. Se mai folosește și o altă metodă de exprimare, prin care se arată numărul diviziunilor de pe aparatul Schiötz, raportate la greutatea utilizată: 5,5; 7,5; 10; 15 grame.

$$\text{Valori normale} = \frac{5 \text{ (diviziuni)}}{5{,}5 \text{ (grame)}}$$

Valori scăzute se consideră cînd numărătorul (diviziunile) este peste 6 (în cazul greutății de 5.5).

Valori crescute se consideră cînd numărătorul (diviziunile) este sub 4 (în cazul greutății de 5.5).

Caracteristică este creșterae TO în glaucom. Suspectăm de glaucom, cînd TO depășește 22 mmHg, sau cînd pe curba tonometrică, diferența de TO la cei doi globi oculari sau la același ochi — cu ocazia diferitelor examinări —, este mai mare de 5 mmHg.

Tonometria prin aplanație (modelul clasic Goldmann) este mai fidelă comparativ cu cea bazată pe principiul indentației (Schiötz), întrucît la aplanotonometrie, elementul rigiditate scleralã practic nu intră în discuție /27/. Și la noi, prin dotarea completă din ultimii ani cu astfel de tonometre, metoda cîștigă teren.

Limita superioară a tensiunii oculare, măsurată cu aplanotonometrul, este de 21 mm, iar cea inferioară de 8 mm /27/. M. Olteanu și colab. /26/, studiind rezultatele determinării tensiunii intraoculare cu: tonometrul Schiötz, aplanotonometrul Maklakov, aplanotonometrul Goldmann și ultraaplanotonometrul Biotroncs-Cavitron arată avantajele acestuia din urmă în măsurarea tensiunii intraoculare.

În afara acestora, se mai utilizează și tonometru cu jet de aer (pneumotonometru sau tonometru fără contact; FORBES PICO—GROLMAN — 1974) fabricat și în țara noastră. Valoarea normală medie cu acest aparat este de 12 mmHg. Cea mai mică valoare fiziologică este cu această metodă 9 mmHg. Cu acest aparat, se pot efectua examinări în masă (Cernea și colaboratorii — 7).

Atunci cînd tonometria nu oferă date concludente, se poate recurge la *teste de provocare* a hipertoniei oculare, atît în glaucomul cu unghi închis (proba de obscuritate, iluminare, homatropină), cît și în cel cu unghi deschis (testul hidric, cu vasculat, cortizon) sau teste combinate /6/.

Tonografia determină rezistența la scurgerea umorii apoase. În general, în glaucom este crescută (mărită).

Din punct de vedere funcțional, glaucomul poate fi: compensat, subcompensat sau decompensat, iar din punct de vedere clinic: primitiv ori secundar (Cap. I. subcapitol „Glaucom", partea specială).

Scăderea TO (hipotonia oculară) se întîlnește în: perforații, uveite, boli distructive ale globului, dezlipirea de retină, și în boli generale: diabet zaharat (comă), tulburări hidroelectrolitice, în boala Parkinson, în obstrucția carotidei, ori după administrare de medicamente (diuretice, digitală).

IV.2.8. **Explorarea vederii binoculare**

Vederea binoculară (VB) este capacitatea ochiului uman (și a majorității animalelor evoluate) de a vedea obiectele înconjurătoare într-o singură imagine cu toate că le privesc în același timp cu amîndoi ochii.

Pentru a se realiza VB sînt necesare următoarele condiții:

— Imaginea obiectului să cadă în cîmpul vizual binocular;

— Imaginile retiniene să fie cît mai egale calitativ și clare;

— Aceste imagini să se suprapună (să se formeze în puncte retiniene corespondente; maculele prezintă punctele corespondente ideale);

— Să existe echilibru oculomotor (ortoforie);

— Cortextul cerebral să elaboreze o percepție finală unică.

Metoda cea mai precisă de explorare a vederii binoculare (este vorba cel mai des de copii) este examinarea la sinoptofor.

Datorită VB este posibilă aprecierea reliefului și a sediului obiectelor în spațiu. VB ameliorează cu cca 10% acuitatea vizuală și crește luminozitatea sa cu 15—30% (M. S. Miron, Oftalmologia Ed. Med. București, 1958).

Tulburările VB sînt, în principal, strabismul și diplopia; acestora le vom consacra un capitol aparte, în partea specială a lucrării, dată fiind importanța lor.

IV.2.9. **Determinarea simțului cromatic (vederea culorilor)**

Simțul cromatic (SC) reprezintă capacitatea ochiului de a distinge culorile, deci de a realiza o vedere colorată.

Limitele fiziologice ale simțului cromatic se referă (pentru profesiunile obișnuite) la distingerea culorilor (roșie, verde și albastră). Obișnuit se cercetează cu ajutorul unor tabele cromatice, a semnalelor luminoase colorate (metoda cromatoscopică) sau cu ajutorul anomaloscopului.

Determinarea simțului cromatic se impune cu rigurozitate la angajarea în anumite profesiuni unde se folosesc semnale colorate (conducători auto, personal feroviar, aviatori /21 ș.a./) și de asemenea unde se manipulează materiale sau obiecte colorate (industria de textile, lacuri, coloranți ș.a.).

Deficiențele simțului cromatic se numesc discromatopsii. Ele pot fi totale sau parțiale.

Examenul simțului cromatic trebuie să precizeze dacă acesta este normal sau nu, care este discromatopsia — felul și gradul — și dacă aceasta este compatibilă cu profesia exercitată ori cu cea solicitată /30, 41/.

Discromatopsiile constituie dificultăți de diferite grade în recunoașterea culorilor sau lipsa de percepție pentru culori. Majoritatea sînt congenitale și definitive, cu o frecvență de 3—8% pentru bărbați și 0,8% pentru femei (după unii autori aceste valori sînt mai mici).

Dintre discromatopsii cele mai des întîlnite /72%/ sînt discromatopsiile pentru culoarea verde (deuteranomalia, deuteranopia) și, restul sînt discromatopsii pentru roșu (daltonismul — protanomalia). Extrem de rare (sub 1%) sînt discromatopsiile pentru albastru (tritanopia); problema va fi mai amplu expusă în ultimul capitol al părții speciale.

O monografie foarte documentată privitoare la studiul vederii culorilor au alcătuit la noi P. Cernea și Florica Constantin /5/.

IV.2.10. **Determinarea acomodării la vederea de aproape**

Acomodarea la vederea de aproape numită și refracție dinamică este proprietatea ochiului de a vedea clar un obiect la orice distanță între infinit și ochi (infinitul ocular se consideră dincolo de 5 m). În procesul de acomodare intervin două elemente: contracția mușchiului ciliar și elasticitatea cristalinului.

Acomodarea se determină cu proximetrul; în țara noastră există în uz un proximetru construit de M. Popescu. Mulți factori, dintre care citäm; vîrsta, refracția, starea generală, medicația, modifică amplitudinea acomodativă.

Presbiția sau presbiopia este tulburarea fiziologică a acomodării, constînd în scăderea ei progresivă. La indivizii emetropi se instalează în jurul vîrstei de 45 de ani (mai precoce la femei) și progresează pînă la 70 de ani, cînd atinge valoarea de +4 dioptrii.

IV.2.11. **Explorarea simțului luminos (SL)**

Simțul luminos (SL) este forma cea mai elementară a funcției vizuale. El traduce capacitatea ochiului de a sesiza lumina și de a se adapta la variațiile luminoase din mediul înconjurător. Se vorbește de un *SL absolut,* ce constituie proprietatea retinei de a percepe un minimum de lumină și de *SL diferențial,* ce corespunde perceperii de către retină a unei diferențe de lumină între două zone. Adaptarea la întuneric constituie proprietatea retinei de a-și modifica sensibilitatea în funcție de excitația luminoasă pe care o primește. Ea poate fi prezentă grafic printr-o curbă obținută cu ajutorul adaptometrelor (tip Goldmann-Weekers, ADM sau Hartinger).

Adaptometria constituie tehnica de măsurare a timpului necesar adaptării retinei la întuneric, figurată sub forma unei curbe — adaptogramă.

Adaptarea la lumină se măsoară cu *nictometrul.*

Incapacitatea ochiului de a se adapta la obscuritate se numește *hemeralopie* — mai corect hesperanopie — cunoscută mai ales în retinopatia pigmentară și în carențele de vitamina A.

Preocupările, existente de mult timp, pentru evaluarea cît mai precisă a simțului luminos, sînt atestate și de faptul că, în 1950, la Paris, s-a ținut un simpozion cu tema „Vederea nocturnă și tulburările ei", unde au fost prezentate și 82 de tipuri de aparate destinate evaluării SL. Un astfel de aparat a fost confecționat și la noi de A. Mărculescu /23/, aparat cu care se determină pragul luminos brut, după 2 minute de adaptare la întuneric, precum și simțul luminos diferențial și cel morfoscopic.

Adaptometria colorată are scopul de a oferi informații precise asupra simțului fotopic (funcția conurilor). N. Baidan /2/ propune pentru această explorare un aparat de construcție proprie, care depășește, ca funcționalitate, adaptometrul Nordmann-Payeur, prin faptul că dispune de sursă de lumină proprie, oferă în plus avantajul de a efectua determinările în condițiile vederii binoculare și de a fi etalonat.

Tulburările de adaptare la întuneric și lumină precum și handicapul vizual pe care-l generează constituie un capitol al părții speciale.

IV.2.12. **Explorarea motilității pupilare**

Se efectuează curent prin examinarea clinică urmărind dinamica celor două pupile cînd subiectul privește o sursă de lumină ori obiecte diferit plasate. Reflexele pupilare sînt fotomotorii (directe și consensuale), de convergență, de lateralitate, psihice ș.a.

Explorarea pupilei (static și dinamic) obiectivează atît suferințe oculare cît și unele de pe un teritoriu întins, de la scoarța cerebrală la primul ganglion toracic și chiar la abdomen.

Metode speciale de pupilometrie folosesc diferite tehnici și aparate (mai recent electronice). Probele farmacodinamice cu: atropină, cocaină sau adrenalină urmăresc aprecierea tonusului sistemului vegetativ irian.

IV.2.13. **Examenul motilității oculare**

Urmărește evaluarea mișcărilor globului ocular în diferite direcții de privire: lateral, sus, jos, oblic — (sus-jos) și de convergență. Se solicită bolnavul să urmărească, de la 30—40 cm, degetul

examinatorului, sau un alt obiect care se deplasează spre direcțiile enumerate. Mai fină este metoda instrumentală: cu ajutorul perimetrelor se delimitează „cîmpul de motilitate oculară".

IV.2.14. **Alte explorări**

În cazuri speciale se recurge și la *alte explorări oculare* ca: **exoftalmometria,** care stabilește proeminența globului ocular în raport cu marginea externă a orbitei. Exoftalmia normală este în jur de 14 mm (12—15 mm). Se admite ca nepatologică, o diferență de proeminență a globilor oculari, pînă la 2 mm.

O exoftalmie patologică necesită explorări complementare: radiotomografie, arterio- și flebografie, ecografie și tomodensitometrie, pentru a i se preciza cauza și pentru a putea aplica tratamentul corespunzător.

Diafanoscopia sau transluminația sclerală se efectuează pentru evidențierea proceselor patologice intraoculare opace razelor de lumină (tumori, hematoame, corpi străini), cu oftalmoscopul, la care se adaptează accesorii speciale.

Angiografia fluoresceinică este examinarea patului vascular, respectiv a vaselor cario-retiniene, după injectarea de fluoresceină, care vizualizează vasele și obiectivează modificările lor, din cele mai incipiente faze de afectare. Angiofluorografia se folosește atît pentru explorarea vaselor polului anterior, cît, mai ales, pentru cele ale polului posterior al globului ocular: în boli coroidiene și retiniene, dezlipire de retină, boli ale papilei nervului optic etc. Cu ajutorul acestei metode, s-a ajuns la noi interpretări ale unor retino- și maculopatii și la tratamentul lor eficient (des prin fotocoagulare) /16, 25/.

Angiografia fluoresceinică asociată cu radiocirculograma cerebrală oferă relații suplimentare asupra circulației retino-cerebrale. O monografie de valoare în acest domeniu /25/ a îmbogățit documentarea oftalmologică din țara noastră.

Mai nou se efectuează angiografia în infraroșu, utilizîndu-se ca substanță de contrast verdele de indocianină; prin aceasta se vizualizează cu mult mai bine vasele coroidei. Este foarte utilă în stabilirea diagnosticului diferențial dintre hemangiom și melanom malign uveal, diagnostic de foarte mare dificultate pentru medic și, în același timp, de extremă importanță pentru bolnav (Conf. Lyon, d'ophtalm., 1976, 130, 3).

Electroretinografia (ERG) se bazează pe faptul că potențialul electric de repaus al retinei este amplificat în cursul reacțiilor foto-

chimice declanșate de stimulul luminos. Se efectuează prin plasarea unui electrod periocular în regiunea orbitară antero-externă, care primește electronegativitatea straturilor externe, și un electrod cornean, sub forma unei sticle de contact, care primește electropozitivitatea straturilor interne.

Pentru că testează obiectiv funcția senzorială a retinei are mare valoare practică în diagnostic, prognostic și în activitatea științifică. Dă relații în cazurile în care opacifierea mediilor *nu* permite explorarea oftalmoscopică a retinei, în afecțiuni retiniene (degenerări, obliterări vasculare, dezlipiri); permite diagnosticul precoce a intoxicațiilor retiniene medicamentoase sau chimice, și depistarea afecțiunilor ereditare retiniene, de asemenea — foarte important — în constatarea cecității la noi-născuți, examinarea putînd fi făcută și în primele zile după naștere /6, 9, 24/.

În miopie, electroretinograma prezintă modificări semnificative: diminuarea undei „b", mai ales în cazul unor leziuni periferice care pot constitui punctul de plecare a undei DR și reducerea amplitudinii undei „a", în leziunile predominant maculare și perimaculare (Doina Pop D. Popa, M. P. Popescu — Rev. Oft. București, nr. 4/1979).

Electrooculografia (EOG) este metoda de înregistrare a perturbațiilor de cîmp electric al potențialului de repaus al retinei, provocate de mișcările oculare.

Potențialul occipital evocat (POE) este răspunsul electrofiziologic cortical la stimuli luminoși; el evidențiază integritatea căilor optice de la retină la scoarța cerebrală.

Înregistrarea se face cu ajutorul electroencefalografului.

Scintigrafia oculară. Explorarea scintigrafică reprezintă un progres în diagnosticul tumorilor oculare alături de ecografie, în special în localizările posterioare, care ridică, în practică, dificultăți de diagnostic. Examinarea scintigrafică se efectuează în două etape:

Scintigrafia cu ^{99m}Tc *Pertechnetat* (TcO_4). Administrarea i.v. permite aprecierea zonelor de hipervascularizare corespunzătoare procesului tumoral malign, prin imagini de hiperfixare.

Scintigrafia cu chlorochină ^{131}I este un examen selectiv pentru diagnosticul melanomului, deoarece radiotrasorul se acumulează predominant în acest tip de tumori maligne.

Dubla examinare scintigrafică este utilă în practică, deoarece hipervascularizarea are ca substrat foarte adesea un proces tumoral. Dacă la nivelul zonelor hipervascularizate există o fixare de chlorochin marcat, diagnosticul de melanom se poate afirma cu multă certitudine.

Ecografia (ultrasonografia) A și/sau B se aplică recent și în oftalmologie. La noi în țară, primele explorări le-au făcut V. Săbădeanu și F. Fodor, în 1969 — /6/, în special pentru diagnosticul unor tumori, corpi străini sau alte alterări, cînd mediile oculare erau inexplorabile optic.

F. Fodor și colaboratorii /13/, arată că ultrasonografia nu înlocuiește celelalte metode clinice, ci le completează, în special atunci cînd sînt opacifieri ale mediilor oculare, afirmație justificată de practică. Ecografia are limite cum ar fi: evidențiază diferențele de nivel ce depășesc 1,5 mm (deci o tumoare sub această limită nu e decelată), de asemenea semnalează doar prezența unei suprafețe reflectante anormale, nu și natura ei. O aplicare foarte valoroasă a ecografiei este biometria oculară (determinarea pe viu a lungimii globului ocular și a dimensiunii principalilor lui constituenți).

Termografia. Metoda a fost inițiată din constatarea că, la nivelul proiecției superficiale a unei tumori se înregistrează temperatură locală mai ridicată (datorită metabolismului celular mai intens și irigației mai abundente a focarului tumoral).

O diferență de temperatură de peste 3° pledează pentru un proces tumoral.

La noi, M. P. Popescu, I. Mogoș și colaboratorii /31/ recomandă termografia — efectuată cu un termograf inventat de I. Mogoș — ca examinare adjuvantă în diagnosticul formațiunilor tumorale intraoculare și orbitare.

Esteziometria corneei este metoda prin care se determină sensibilitatea tactilă a corneei. Ea are mare importanță pentru aplicarea lentilelor de contact și în diagnosticul unor afecțiuni neuro-oculare, ce evoluează cu hipoestezia sau anestezia corneană.

Tehnica utilizată pentru început s-a rezumat la atingerea corneei cu un rulou fin de vată umedă; azi se folosesc esteziometrele. Esteziometrele tip Franceschetti sînt confecționate din fire de păr, diferit etalonate cu ajutorul balanței electronice.

Nistagmografia constă în reproducerea pe un grafic a oscilațiilor ritmice, involuntare ale ochilor care survin independent de mișcările normale.

Este utilizată în bolile analizorului vizual, a celui auditiv și în unele boli ale sistemului nervos central.

Examenul histomorfologic. Se face prin biopsie (excizie ori puncție-biopsie) și examinarea fragmentului extras, microscopic și/sau histochimic.

Testele imunologice, mai recent introduse în oftalmologie, explorează prezența anticorpilor sau autoanticorpilor, respectiv răspunsul celular sau umoral față de antigeni străini sau autoantigeni, în aproape toate bolile structurilor anatomice, componente ale globului ocular și ale anexelor sale. Se cercetează autoanticorpii anticristalin, antiuvee și antiretină atît în ser cît și în umorile globului ocular (P. J. Dernouchamps — 10, L. P. Masson — 18, Rodica Grigorescu — 15).

Explorarea anexelor globului ocular aparține medicilor de specialitate oftalmologi care le efectuează și le interpretează individualizat.

Tehnica fotografică în oftalmologie a făcut progrese. În epoca noastră, se realizează fotografia fundului de ochi, cinematografia FO, oftalmoscopia televizată, stereografia, keratografia, pupilografia, fotografia cu lampa cu fantă etc. Filmele folosite și developarea la înaltă tehnicitate permit obținerea unor imagini de mare finețe /17/.

Un loc aparte în explorări îl ocupă **examenul radiologic;** el are indicații în două categorii de afecțiuni oculare: *orbitare* (traumatisme, inflamații, tumori) și *corpi străini* radioopaci intraoculari sau intraorbitari, pentru identificare și localizare.

Este de fapt un capitol de radiologie și aportul medicului radiolog este extrem de necesar și valoros.

De progresele explorării radiologice (tomografie, tomodensimetrie, computerizate) beneficiază, alături de alte specialități, și oftalmologia, fapt care a fost subliniat și la al IV-lea Simpozion Internațional asupra Bolilor Orbitei, care a avut loc la Amsterdam în intervalul 30 VIII — 2 IX, 1981.

Tehnica modernă a *tomodensimetriei* (TDM) — *scanografie* — reproduce, pe aceeași imagine, planul osos orbitar și planurile moi, putîndu-se depista, rapid și precoce, leziuni de mare finețe intraoculare sau intraorbitare /40/. La ora actuală, în aplicarea ei sînt încă două mari dificultăți reale: greu accesibilă și costisitoare.

Pentru stabilirea diagnosticului în boli oculare se face și **examenul general clinic al bolnavului pe aparate:** examenul neurologic, cardio-pulmonar, ORL, stomatologic, ginecologic, urologic, dermatologic, endocrinologic.

Se fac de asemenea, și examinări biochimico-umorale uzuale sau de specialitate, în funcție de datele examenului clinic și de particularitățile fiecărui bolnav. Ochiul prin structura sa fină și funcția sa intens solicitată, precum și ca urmare a complexității sale, este deosebit de sensibil la afecțiuni generale metabolice, infecții endogene sau exogene, intoxicații (chinină, plumb, alcool, barbiturice, opiacee ș.a.).

Efectuată în acest fel, explorarea analizorului vizual capătă o deosebită importanță practică în patologia oculară integrată în patologia generală, în mod deosebit în cea encefalică, ușurînd, în același timp, evaluarea capacității de muncă și stabilirea planului complex de recuperare.

Am insistat asupra faptului că vederea normală rezultă din integritatea morfofuncțională a analizorului vizual, de aceea, în cazul deficiențelor sale, el va trebui explorat în întregime, inclusiv capătul său central (Al. Dobrin, I. Păcurariu — 11). Sînt cazuri la care se impun explorări psihologice și ale cortexului vizual.

Pentru depistarea rapidă a unor deficiențe funcționale vizuale și de către cadre care nu sînt oftalmologi de specialitate, ci medici practicieni, medici de întreprinderi, medici școlari, cadre medii sanitare cu școală postliceală, se folosesc aparate mai simple (— Visioteste — P. Belicard, Leonhardt-Jambon C., — 3); acestea pot fi utilizate pentru depistare și pentru examinări în masă; răspunsurile deficitare vor fi confirmate obligatoriu de către specialist.

IV.3. SIMULAREA ȘI DISIMULAREA

În practica oftalmologică întîlnim — nu rar — cazuri ale căror afirmații nu concordă cu situația obiectivă oculară; ele cuprind patru grupe: simularea, agravarea intenționată a simptomelor oculare, autoagresiunea și disimularea.

Simularea este forma la care recurg persoane ce vor să se sustragă de la o activitate (inclusiv cei care solicită încadrarea în invaliditate) ori de la o responsabilitate (adesea în situații juridice).

Cel mai des, simularea se referă la: acuitatea vizuală (se afirmă cecitate uni- sau bilaterală, ambliopii de diferite grade, eclipse vizuale etc.), la cîmpul vizual ori — perceperea culorilor (simulează discromatopsii); mai rar acuză hemeralopii, diplopii. Uneori, este *amplificat* un defect vizual; subiectul — îl numim „agravant" — exagerează deficitul.

În toate aceste împrejurări, se impune un examen ocular obiectiv, metodic și atent. Metodele moderne de explorare și experiența specialistului permit clarificarea cazului. Situația este mai gravă la o a treia categorie de simulanți: cei care intenționat își provoacă boli oculare (se încadrează în autoagresiune și automutilare), plecînd de la iritații palpebro-conjunctivale pînă la lezarea traumatică a corneei sau chiar a cristalinului (cataracta prin înțepare cu acul) /29/.

Persoanele simulante se împart în două categorii:
— Cele care au intenția să înșele (frauduloșii);
— Persoane dezechilibrate psihic.

Simularea se întîlnește mai frecvent în unele colectivități: școli (cu scopul de a obține scutiri medicale — 39), armată.

Agaston (citat de G. Perdriel — 29) găsește între 0,5—3% simulanți la încorporare în armata americană. În unele perioade (recrutare, campanie), pot apare simulări în grup ori în serie.

Disimularea definește mascarea unui deficit ocular funcțional ori organic. Se întîlnește mai des la cei care doresc ori au interesul să posede permis de conducător auto profesionist sau amator. Disimulanții cei mai frecvent întîlniți sînt discromații, urmați de cei cu scăderi ale acuității vizuale și apoi de cei cu strabisme de grade mici. Utilizarea anomaloscopului ușurează mult clarificarea capacității de percepție a culorilor. Aceste situații impun suferință (în cazurile de automutilare), uzură de aparatură, risipă de materiale și de energie și timp din partea oftalmologului, iar, în final, insatisfacția acestuia de a avea în față o persoană nesinceră.

În continuare, încercăm să grupăm bolile oculare în funcție de deficiența oculară principală pe care ele o pot determina, în ideea că și reabilitarea acestor bolnavi trebuie să se facă plecîndu-se de la boala respectivă și de la deficiența vizuală generată de aceasta.

BOLI CARE EVOLUEAZĂ CU SCĂDEREA ACUITĂȚII VIZUALE:

— Unele boli ale anexelor globului ocular: pleoape, aparatul lacrimal, multe dintre bolile orbitei, conjunctiva;
— Boli ale polului anterior ale globului ocular: sclera, corneea, uveea;
— Afecțiunile cristalinului;
— Bolile corpului vitros;
— Afecțiuni ale polului posterior al globului ocular: corio-retina și nervul optic;
— Afecțiuni ale căilor optice;
— Accidentele oculare;
— Tulburările de refracție;
— Glaucomul.

2. *Boli care evoluează cu alterări ale cîmpului vizual;*
3. *Boli care evoluează cu tulburări de adaptare la întuneric și lumină;*
4. *Boli care evoluează cu tulburări ale vederii binoculare. Strabismele;*

5. *Boli care evoluează cu alterări ale simțului cromatic:* discromatopsiile și acromatopsiile;

Toate grupele menționate vor fi expuse în partea specială a lucrării.

IV.4. EVALUAREA DEFICITULUI FUNCȚIONAL VIZUAL

Deficitul funcțional vizual se precizează după ce s-au efectuat toate explorările uzitate, iar datele obținute au fost integrate și interpretate în contextul clinic general al bolnavului. În practica curentă, se vorbește de deficiență funcțională vizuală ușoară, medie, accentuată și gravă, în funcție mai ales de valorile AV, ale CV și ale tensiunii intraoculare.

Redăm, de la IERCM București /22, 42, 43/, cuantificarea acestor deficiențe, conform căreia se apreciază unitar la noi în țară gradul deficitului funcțional vizual.

DEFICIENȚA VIZUALĂ UȘOARĂ

a. *Cînd AV se situează între 2/3—1/3, la ochiul cel mai afectat,* și se exprimă practic prin următoarele opt variante posibile:

un ochi	celălalt ochi	un ochi	celălalt ochi
1/1	2/3	1/2	1/3
2/3	2/3	1/1	1/2
2/3	1/2	1/1	1/3
1/2	1/2	2/3	1/3

b. *În glaucom,* cînd hipertonia este monoculară și ușoară, putînd fi compensată cu hipotonizante și, în lipsa altor afecțiuni oculare, cu AV și CV în limite fiziologice;
c. *În reducerea cîmpului vizual bilateral cu 10°;*
d. *În heteroforii și în tulburările* ușoare ale simțului cromatic.

DEFICIENȚA VIZUALĂ MEDIE

a. Reprezentată de scăderea AV între 1/3 și 1/10. Se pot întîlni următoarele variante:

un ochi	celălalt ochi	un ochi	celălalt ochi
1/3	1/3	1/8	1/10
1/3	1/4	1/3	1/6
1/4	1/4	1/3	1/8
1/4	1/6	1/3	1/10
1/6	1/6	1/4	1/8
1/6	1/8	1/4	1/10
1/8	1/8	1/6	1/10

b. sau AV 1/1 la un ochi, iar la celălalt ochi, orice valoare sub 1/3 pînă la 0 (zero), în următoarele variante:

un ochi	celălalt ochi	un ochi	celălalt ochi	un ochi	celălalt ochi
1/1	1/4	1/1	1/16	1/1	0 (zero)
1/1	1/6	1/1	1/20	—	aici incluzîndu-se și anoftalmiile unilaterale
1/1	1/8	1/1	1/25		
1/1	1/10	1/1	1/50		
1/1	1/12	1/1	1/100		ș.a.m.d.

c. În boala glaucomatoasă, cu hipertonie persistentă bilaterală, chiar cu funcția vizuală bună;

d. Strîmtorarea CV cu 11—20°;

e. Tulburări de vedere binoculară, diplopiile, strabismul paralitic.

f. Discromatopsia parțială, în cazul profesiunilor care solicită vederea culorilor;

g. Hemeralopiile.

DEFICIENȚA VIZUALĂ ACCENTUATĂ

a. Cuprinde valori ale AV $\frac{1}{10}$ și $\frac{1}{200}$, după corecție la ochiul cel mai bun în următoarele variante:

un ochi	celălalt ochi	un ochi	celălalt ochi	un ochi	celălalt ochi
1/10	1/10	1/50	1/100	1/12	1/25
1/10	1/12	1/100	1/100	1/12	1/50
1/12	1/12	1/100	1/200	1/12	1/100
1/12	1/16	1/200	1/200	1/12	1/200
1/16	1/16	1/10	1/16	1/16	1/25
1/16	1/20	1/10	1/20	1/16	1/50
1/20	1/20	1/10	1/25	1/16	1/100
1/20	1/25	1/10	1/50	1/16	1/200
1/25	1/25	1/10	1/100	1/20	1/50
1/25	1/50	1/10	1/200	1/20	1/100
1/50	1/50	1/12	1/20	1/20	1/200
				1/25	1/100
				1/25	1/200
				1/50	1/200

b. *Boala glaucomatoasă* cu hipertonie bilaterală, subcompensată cu tratament medicamentos, eventual chirurgical, cu alterări ale AV al CV sau ale FO.

c. Strîmtorarea cîmpului cu 21—40°.

DEFICIENȚA VIZUALĂ GRAVĂ

a. Corespunde noțiunii de cecitate relativă și cuprinde următoarele limite ale AV la AO:

— Perceperea mișcării mîinii (PMM) sau perceperea luminii (PL), cecitate relativă, numită astfel pentru că un număr de cazuri sînt recuperabile prin tratament, de cele mai multe ori chirurgical (cataracte, leucoame etc.);

b. Cecitatea absolută cu vedere zero, fără perceperea luminii, definitivă, fără posibilități de recuperare medicală, reprezentînd stadiul final al celor mai grave boli oculare: dezlipiri de retină totale, vechi traumatisme oculare mari, uveite atrofiante, atrofii optice etc.;

c. Boala glaucomatoasă în faza ultimă — absolută, deseori complicată;

d. Strîmtorări bilaterale foarte accentuate — tubulare — ale CV așa încît limitele sale sînt sub 10°.

R. Pape /28/ ierarhizează în modul următor deficiențele vizuale oculare (privite numai din punct de vedere al AV):

I. *Capacitatea de vedere integrală* include persoanele cu:

1. AV de $\frac{5}{5}$ (1,0) la un ochi;
2. AV de cel puțin $\frac{5}{10}$ (0,5) la celălalt ochi;

II. a) *Reducerea ușoară unilaterală a vederii*

1. AV la un ochi de $\frac{5}{5}$ (1,0);
2. AV la celălalt ochi $\frac{5}{15}$ (0,3) sau mai puțin sau afachie (lipsa cristalinului).

II. b) *Reducerea moderată a capacității vizuale bilateral*

1. AV la un ochi $\frac{5}{7}$ (0,7) pînă la $\frac{5}{12}$ (0,4);
2. AV la celălalt ochi $\frac{5}{7}$ (0,7) pînă la $\frac{5}{12}$ (0,4);

III. *Deficienții de vedere*

1. AV la un ochi $\frac{5}{15}$ (0,3) pînă la $\frac{1}{15}$ (0,067);
2. AV la celălalt ochi $\frac{5}{15}$ (0,3) și mai puțin.

IV. *Deficienții de vedere de grad mare*

1. AV la un ochi $\frac{1}{20}$ (0,05) pînă la $\frac{1}{35}$
2. AV la celălalt ochi $\frac{1}{20}$ (0,05) și mai puțin.

V. *Deficienții de vedere totali (nevăzători)*

AV la cel mai bun ochi este de $\frac{1}{50}$ și mai puțin. Combinațiile între grupa II a. și II b. sînt posibile.

Deficienții de vedere cuprind grupele III și IV.

Efectuată și interpretată după schema prezentată, examinarea analizorului vizual capătă o deosebită importanță practică atît în activitatea de zi cu zi a medicului practician oftalmolog, și mai ales în activitatea cadrelor ce se ocupă cu evaluarea și recuperarea capacității de muncă a deficienților vizuali.

Subliniem în mod deosebit că în aprecierea deficitului funcțional vizual și ca atare în evaluarea capacității de prestație a acestor deficienți trebuie să se țină seama de posibilitățile foarte mari — dar nu nelimitate — de compensare și adaptare ale organismului uman. Slab văzătorilor și nevăzătorilor, în general, li se dezvoltă alte simțuri, în special simțul tactil, auditiv, cel de orientare și cel olfactiv, ceea ce permite un grad de adaptare uneori de-a dreptul uimitor (învață să joace șah, fac sporturi, sînt buni profesioniști la un loc de muncă adecvat). O mare parte din planul complex de recuperare a acestora se bazează pe capacitatea lor de adaptare și de compensare a deficitului vizual ce-i handicapează.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ardouin, M., Urvoy, M., Senecal, J., Etchessahr, F., Rouaux, M., *La vision de l'enfant et sa mesure*, J. Fr. Ophtalmol, 1, 1978, 31—38.
2. Baidan, N., *Contribuții la adaptometria colorată. Aparat simplificat pentru examinarea de rutină a simțului luminos*, Oftalmologia XI, 4, 1967, 351—356.

3. Belicard, P., Leonhardt-Jambon, C. (Lyon) *La Visiotest. Dépistage sommaire des défautes visuels*, J. Fr. Opht., 1978, I. 3, 211—220.
4. Carapancea, M., *Fiziopatologia manifestărilor hipertensive clinice și experimentale ale vaselor retiniene*, Ed. Acad. RSR. București, 1970.
5. Cernea, P., Constantin Florica, *Vederea culorilor*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1977.
6. Cernea, P., Constantin Florica, *Explorări funcționale în oftalmologie*, Editura Junimea, Iași, 1975.
7. Cernea, P., Constantin Florica, Ștefănescu, A., Filipescu, I., *Determinarea tensiunii oculare cu pneumotonometrul*, Oftal. XXIV, 1, 1980, 3.
8. Claivaz, F. J. (Genève), *Methode simplifiée pour le calcul de l'ophtalmodynamometrie et de l'ophtalmodynamographie*, Ann. d'Oculist. (Paris), 1977, 210, 12, 971—975.
9. Dehon, P. (Liège), *Exploration electrophysiologique de la rétine*, J. Fr. Ophtalmol., 1978, I, 4 și 5, 323—338 și 399—414.
10. Dernouchamps, P. J., *L'imunité cellulaire et humorale dans l'uvéite*, J. Fr. Ophtalmol., 1979 II, 4, 297—309.
11. Dobrin, Al., Păcurariu, I., *Fiziopatologia vederii binoculare*, Oftalmologia, XXIV, 1, 1980, 36.
12. Dressler, Svetlana, *Acuitatea vizuală kinetică — mijloace de explorare funcțională în oftalmologie*, Oftalmologia, XXIII, 1979, 201—203.
13. Fodor, F., Săbădeanu, V., Zakariás, S., *Rezultate obținute prin ecografie în diagnosticul unor afecțiuni oculare*, Com. Reuniunea anuală de oftalmologie în Moldova (Piatra-Neamț), 19 mai 1971. Rezumat în Oftalmologia 4, 1971, 374.
14. Fodor, F., Dinulescu Arety, *Morfopatologia ochiului și anexelor sale*, Ed. Med. București, 1980.
15. Grigorescu, Rodica, Abrudan, O., *Examenul imunologic al umorii apoase — criteriu de diagnostic în uveitele endogene*. Rev. Oftalmologia, București, 1/79, 21—23.
16. Hotnog, M., *Actualități în utilizarea angiografiei cu fluoresceină în patologia oculară*, Oftalmologia, XXI, 1, 1977, 1—6.
17. Justice, J., *Ophtalmic photography*, International ophtalmology clinic, 1976, Vol. 16.
18. Masson, L. P., *Introduction à l'immunologie*, J. Fr. Ophtalmol., 1979, II, 6—7, 423—431.
19. Marin, Fl., *Importanța modificărilor tensiunii în artera centrală a retinei, pentru practician*, Viața Medicală, 7, 1962, 377—383.
20. Marin, Fl., *Inceputul regional cerebral al bolii hipertonice*, Medicina Internă 3, 1962, 295—303 și 1, 1969, 725—732.
21. Mărgescu, Felicia, *Aspecte privind examinarea oculară a cadrelor din siguranța circulației*, Com. Consf. Med. MTTC București, aprilie 1968.
22. Mavrodin, D., *Scrisoare metodologică*, IERCM București (1972).
23. Mărculescu, A., *Dispozitiv pentru examinarea rapidă a simțului luminos la personalul din transporturi*, Oftalmologia, XI, 2, 1976, 157—160.
24. Munteanu, Gh., *Limitele și posibilitățile electrofiziologice oculare în contextul unor tehnici de investigație oftalmologică*, Oftalmologia, 1, 1980, 22—24.
25. Munteanu, Gh., *Angiofluorografia în diagnosticul oftalmologic*, Edit. Facla, Timișoara, 1981.
26. Olteanu, M., Cârstocea, B., Pop, M., Horge, I., Mitrea, Constanța, *Ultraaplanotonometrul în determinarea tensiunii intraoculare; comparație cu metodele Schiötz, Maklakow, Goldmann*, Oftalmologia, 4, 1979, 247—250.

27. Ourgaud, A. G., Etienne, R., *L'exploration functionnelle de l'oeil glaucomateux*, Rap. Soc. Fr. de Oftalmologie, 1961.
28. Pape, R., *Rehabilitation von sehgeschädigten Patienten*, în *Rehabilitation*, Band III, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 306—322.
29. Perdriel, G., *Maladies dissimulées, provoquées et simulées*, Encycl. Méd. Chir. Paris, 1962, Vol. VI, 21850, D 10.
30. Popescu, M. P., *Criterii de examinare a simțului cromatic*, Oftalmologia XXXI, 2, 1978, 117—118.
31. Popescu, M. P., Mogoș, I., Nicolau, N., Labușcă-Țebeanu, Nicoleta, *Termografia ca metodă ajutătoare în diagnosticul tumorilor oculare*, Oftalmologia, XX, 4, 1976, 311—313.
32. Pyke, T. A., Tattersann, R. B., *Diabetic retinopathy in identical twin*, Diabetes, 22, 1973, 613.
33. Regenbogen, L., *Fundul de ochi în boala hipertensivă*, Ed. Medicală, București, 1956.
34. Rivals-Mazères-Alain, *Deux examens neuro-ophtalmologiques: le fond d'oeil et la champ visuel, au cours des tumeurs cérébrales*, La Vie Médicale, 10, 1979, 801.
35. Sawires, Willy, *La baisse de l'acuité visuelle avec la distance et la fatigue visuelle*, J. Fr. Ophtalmol., 1979, II. 12, 709—714.
36. Sawires, Willy (Paris), *Aspect nouveau des anomalies de l'acuité visuelle en relation avec les quatre directions principales du test*. J. Fr. Ophtalmol., 1979, II, 8—9, 439—444.
37. Săbădeanu, V., Kovács, Magda, Chirița, Ella, *Noi investigații pentru explorarea vederii spațiale cu ajutorul aparatului cu trei tije*, Oftalmologia, XXIII, 4, 1979, 245—248.
38. Stănescu, P., *Cecitatea, Oftalmologia*, sub redacția N. Manolescu, București, 1958, 1035—1039.
39. Stănescu, P., *Simularea, disimularea, Oftalmologia*, sub redacția N. Manolescu, București, 1958, 1039—1042.
40. Vignaud, J., Clay, C., Augia, M. L. (Paris) *La tomodensitométrie en ophtalmologie*, — J. Fr. Ophtalmol, 1978, I, 11, 675—686.
41. Zanen, J., *Perception des couleurs*, J. Fr. Ophtalmol., 1978, I, 12, 753—780.
42. * * * *Criteriile de expertiză medicală a capacității de muncă în afecțiuni oftalmologice*, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Academia de științe medicale, 1976, 4—6.
43. * * * *Criterii medicale de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă*, 1978, 87.
44. * * * *Registre international des recherches sur la cécite et les handicaps de la vue*, J. M. Gill, prezentare în Revue des aveugles européens, 4, 1981, 28.

V. EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVII OCULARI

V.1. PROBLEME GENERALE. DEFINIȚIA EVALUĂRII CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Așa cum se cunoaște medicina actuală, deși formează un tot unitar, are trei componente distincte: profilactică, curativă și recuperatorie. În același timp activitatea medicală este și evaluativă, adică evaluează capacitatea de prestație, în mod concret și individualizat, iar, în funcție de valorile morfofuncționale obținute — dacă acestea sînt modificate —, se instituie planul complex de măsuri, cunoscut sub numele de recuperarea bolnavilor.

În acest capitol ne ocupăm de evaluarea capacității de prestație a bolnavilor cu afecțiuni oculare grave, care au determinat deficiențe vizuale.

În Legea nr. 3/1978 — Legea pentru ocrotirea sănătății populației, se statuează că medicina actuală este profilactică, curativă și recuperatorie și se dau indicații metodologice în acest sens.

Prin implicațiile economice și socioprofesionale pe care le cuprinde, evaluarea și recuperarea capacității de muncă constituie forma concretă a medicinii sociale; de aici importanța din ce în ce mai mare care i se acordă, atît în cadrul asistenței medicale, cît și în procesul de educație socio-culturală-sanitară a populației.

Legile 3, 4 și 5 din 1977, privitoare la muncă, sănătate și ocrotiri sociale, au consolidat caracterul social al activității de evaluare și recuperare a capacității de muncă și au plasat integrarea acestor activități în cadrul sistemului general de ocrotire a sănătății populației.

Expertiza medicală a capacității de muncă (EMCM) este o activitate medicală, cu multiple implicații socio-economice pentru bolnav și pentru societate. Ea evaluează, prin mijloace științifice, capacitatea de muncă a unei persoane care provine din activitatea profesională organizată. Orice act de expertiză medicală a capacității de muncă trebuie să răspundă în esență la următoarea întrebare: mai poate sau nu mai poate lucra persoana vizată în sistem organizat?; dacă da, atunci trebuie să se precizeze în continuare

unde anume, cîte ore pe zi și în ce condiții ambientale; dacă nu, trebuie să se evalueze gradul de invaliditate. Majoritatea absolută a problemelor care apar în activitatea de EMCM se reduc la rezolvarea acestor întrebări.

Răspunsurile care se pot da sînt următoarele /12/:

1. Persoana în cauză poate lucra în continuare, în același loc de muncă, cu program complet; se indică măsuri terapeutice și recuperatorii individualizate, ce se efectuează în condiții de activitate profesională, fără să fie nevoie să i se acorde concediu medical;

2. Persoana în cauză are nevoie de repaus profesional, fiind recuperabilă, caz în care i se acordă concediu medical corespunzător, timp în care se aplică și măsurile recuperatorii în condiții de repaus profesional;

3. Este necesară reducerea temporară a programului de activitate cu 1/4 din program, ceea ce se poate acorda, conform legislației în vigoare, de la una la trei luni, pe an calendaristic;

4. Este necesară schimbare temporară sau definitivă a locului de muncă — eventual în cadrul articolului 29 din Legea nr. 3/1977 — cu un alt loc potrivit;

5. Este necesară încadrarea în invaliditate, bolnavul și-a pierdut capacitatea de muncă — la jumătate, în cea mai mare parte, sau în totalitate — pentru o lungă perioadă de timp în care se vor continua procedurile recuperatorii în condiții de repaus profesional.

V.2. METODOLOGIA GENERALĂ A ACTULUI DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVII OCULARI CRONICI

Actul de EMCM trebuie să se conformeze următoarelor metodologii de lucru /12, 13, 14, 20, 22, 23 ș.a./: stabilirea diagnosticului clinic (prin toate mijloacele posibile); efectuarea de explorări morfologice, funcționale și biochimico-umorale /1, 3, 9, 10/; efectuarea unor probe de efort (sistemice sau specifice — în cazul nostru oculare — și/sau a organelor afectate asociat sau în mod secundar); evaluarea gradului deficienței morfofuncționale oculare; aprecierea prognosticului, sub toate aspectele sale; cercetarea condițiilor de viață (domiciliu, unități sanitare, loc de muncă); analiza complexă a locului de muncă (profesiograma, investigații privitoare la respectarea principiilor de ergooftalmologie); evaluarea capacității de muncă și, după caz, încadrarea (sau nu) într-unul din posibilele grade

de invaliditate; stabilirea cauzei invalidității (boală obișnuită, accident de muncă, accident fără să aibă legătură cu munca, invaliditate de război), stabilirea datei cînd s-a produs invaliditatea; elaborarea unui plan complex de recuperare; planificarea pentru proxima revizuire și urmărirea efectuării planului de recuperare între cele două revizuiri, de către medicii de întreprindere și cei de specialitate /12 ș.a./.

Sintetizînd, se poate spune că evaluarea capacității de muncă la bolnavi oculari cronici rezultă din raportul:

$$\frac{\text{restantul morfofuncțional ocular}}{\text{gradul solicitărilor locului de muncă}}$$

Acesta poate fi concordant, ceea ce semnifică păstrarea capacității de muncă, sau discordant subunitar sau supraunitar. În ambele situații, trebuie să se tindă la stabilirea concordanței: în cazul discordanței supraunitare, prin creșterea solicitărilor profesionale și evitarea sindromului de subsolicitare, iar în cazul discordanței subunitare, prin reducerea solicitărilor vizuale profesionale. Cînd situația o indică, se face transferul bolnavului într-un alt loc de muncă compatibil cu posibilitățile sale de prestație (eventual în cadrul Articolului 29 din Legea nr. 3/1977). Dacă transferul nu este suficient, se propune încadrarea bolnavului în gradul III de invaliditate sau scoaterea sa integrală din activitate pe timp de 3—6—12 luni, ceea ce înseamnă încadrarea în gradul II de invaliditate. Incapacitatea prelungită de autoservire necesită încadrarea bolnavului în gradul I de invaliditate.

Expertiza medicală a capacității de muncă în cazul bolnavilor cu tuberculoză oculară necesită o metodologie ceva mai complexă, foarte precis expusă în *scrisoarea metodologică nr. 1444 din 8 decembrie 1978*, în legătură cu expertizarea suferinzilor de tuberculoză /25/. Dată fiind importanța sa și necesitatea de a fi cunoscută de către medicii oftalmologi și de membrii echipei de expertiză o redăm mai jos:

„Metodologia generală a expertizei medicale și recuperării capacității de muncă, criteriile întocmite în acest scop — ca și practica curentă, condiționează elaborarea actului de evaluare a capacității de muncă și a acțiunilor recuperatorii, de existența unei documentații medicale corespunzătoare, sintetică dar completă, reprezentativă pentru starea biologică a bolnavului, existentă la data evaluării. Pe de altă parte, în dosarul medical întocmit în vederea pensionării de invaliditate, documentația medicală întocmită pentru fiecare dintre etapele la care bolnavul s-a prezentat în fața comisiei de expertiză

medicală și recuperare a capacității de muncă, trebuie să exprime cu claritate evoluția bolii și a tulburărilor funcționale consecutive, care au condus la starea de invaliditate.

Astfel, documentația medicală fundamentează științific concluziile stabilite de comisia de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

Dacă aceste principii au valabilitate generală, în expertizarea bolnavilor prezentînd invalidități prin tuberculoză, se întîmpină încă greutăți, atît în evaluarea capacității de muncă, la nivelul diferitelor eșaloane existente (cabinete, comisii de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă), cît și în cazurile în care organele în drept verifică modul în care unitățile din teren rezolvă aceste cazuri.

Pentru expertizarea corectă a bolnavilor de tuberculoză, în respectarea criteriilor de expertiză și a principiilor legislației de pensii, este necesar ca dosarul medical de pensionare, să cuprindă în mod obligatoriu — în afara diagnosticului clinic, funcțional și a stadiului evolutiv — următoarele specificări:

1). Grupa de dispensarizare la data respectivă;

2). Tratamentele efectuate în ultimii 2—3 ani și rezultatele obținute (inclusiv refuzul bolnavului de a respecta tratamentul indicat, dacă se întîlnesc asemenea situații);

3). Evoluția examinării bacilului Koch în secreții — pe culturi repetate (pe 2—3 ani) — inclusiv data negativării;

4). Evoluția aspectelor radiologice (grafii și tomografii) în ultimii 2—3 ani.

În ceea ce privește stabilirea diagnosticului de tuberculoză extrapulmonară (osteoarticulară, genitală, oculară etc.), aceasta se face numai de unități sanitare competente, profilate (clinici universitare, spitale sau secții ale spitalului județean), care, prin examinarea periodică a bolnavilor, vor refera asupra evoluției, indicînd cabinetelor de ftiziologie din policlinici tratamentul ce urmează a se efectua, sub controlul acestora.

În condițiile menționate, medicul ftiziolog teritorial este în măsură să întocmească referatul pentru unitatea de expertiză medicală și recuparare a capacității de muncă, la nivelul științific necesar, cuprinzînd toate datele indispensabile unei expertizări corecte. Apare deci o obligație pentru acesta de a se conforma cerințelor menționate.

În ceea ce privește comisia și cabinetul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, ele au obligația de a restitui, cabinetelor de ftiziologie din policlinica teritorială, toată documentația necorespunzătoare, în vederea completării ei — în sensul in-

dicat. (Institutul de Ftiziologie Prof. Dr. Doc. C. Anastasatu și I.E.M.R.C.M. conf. Dr. N. Sirijiță).

Experiența practică arată că stabilirea diagnosticului și evaluarea capacității de muncă la bolnavii cu tuberculoză oculară întîmpină o serie de dificultăți; se impune respectarea metodologiei generale de expertiză medicală, completată cu datele menționate în scrisoarea metodologică expusă mai sus.

Expertiza medicală — activitate de echipă. Conform legislației și metodologiei în vigoare, activitatea EMCM se efectuează în echipă. La evaluarea capacității de muncă a bolnavilor oculari cronici participă medicul de specialitate oftalmolog, un medic din conducerea Direcției sanitare județene, un medic specialist în expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă, cadre din Direcția muncii județene și o serie de alte cadre ce reprezintă organizații sindicale și obștești.

Prin această largă participare, care-i conferă caracterul de activitate de tip „team-work", se asigură competența și probitatea deciziei luate, respectarea legislației, precum și integrarea activității de expertiză medicală în cadrul general al asistenței medicale /15/.

Trebuie înrădăcinată ideea că încadrarea în invaliditate este temporară, ea reprezintă cadrul oferit persoanei invalide pentru a se recupera în condiții de repaus profesional total (în cazul încadrării în gradul II sau I de invaliditate), sau parțial (în cazul încadrării sale în gradul III de invaliditate). Într-un sens mai larg, încadrarea în invaliditate poate fi asimilată cu acordarea unui concediu medical îndelungat.

Absolvit de grijile sale profesionale — prin încadrare în invaliditate — bolnavul are timpul fizic necesar să urmeze procedurile recuperatorii cunoscute sau eficiente. Revizuirile medicale intermitente trebuie să devină momente de bilanț în care să se evalueze ceea ce s-a realizat recuperator de la ultima revizuire. Din aceste implicații rezultă strînsa interdependență între activitatea de evaluare și cea de recuperare a capacității de muncă. Menționăm că, în unele cazuri, mai ales la nevăzători, însăși activitatea profesională organizată are rol recuperator.

Încadrarea corectă în grade de invaliditate a bolnavilor cu afecțiuni cronice oculare se face pe baza principiilor cuprinse în „Criteriile de expertiză medicală a capacității de muncă" /2, 3, 14/ și a legislației în vigoare (Legile nr. 3, 4 și 5 din 1977 și decretele aferente acestor legi).

Ca regulă generală se încadrează în invaliditate numai bolnavii cu afecțiuni oculare profund evolutive, decompensate sau cei cu deficiențe accentuate, bilaterale, la care corecția optică și schimbarea locului de muncă nu mai este eficientă, devenind necesară continuarea procedurilor recuperatorii în condiții de repaus profesional.

Evaluarea gradului deficienței funcționale reprezintă sinteza tuturor informațiilor obținute prin anamneză, examen clinic, explorări funcționale, examinări biochimico-umorale și probe de efort, efectuate în modul expus în capitolul anterior. Prin aceste tehnici, se evidențiază prezența deficienței funcționale și gradul ei, rezervele funcționale oculare și generale de care mai dispune bolnavul, mecanismul producerii deficienței și dacă aceasta este reversibilă sau nu. Precizarea gradului deficienței oculare (*ușoară, medie, accentuată* sau *gravă*) ușurează mult evaluarea capacității de prestație a persoanei în cauză și alcătuirea planului de recuperare.

Aprecierea prognosticului. Stabilirea prognosticului (P), cere o vastă experiență medicală, cunoștințe temeinice de fiziopatologie, cunoașterea mecanismelor de adaptare-compensare, în același timp o judecată clară, un spirit de sinteză, un bun simț clinic, luciditate și prudență.

În activitatea de E.M., stabilirea prognosticului, a viitorului handicapatului, în ansamblul său, și în mod deosebit a prognosticului de muncă și a celui social, este o necesitate de prim ordin pe care se sprijină evaluarea capacității de muncă și planul de recuperare. În orientarea profesională a deficienților tineri (dar și adulți), specialiștii orientatori se sprijină în mare măsură pe aprecierea prognosticului handicapatului.

Investigațiile efectuate pentru stabilirea diagnosticului clinic și a prognosticului pot fi completate cu cercetarea în teren, care aduce adesea informații valoroase.

Investigația în teren se efectuează: *la domiciliul deficientului; la unități sanitare* unde a fost tratat deficientul și *la locul său de muncă.*

Scopul este de a cunoaște starea de sănătate, condițiile de viață și de muncă ale deficientului, precum și de a face o apreciere justă a acuzelor sale. *Ea nu trebuie să aibă un caracter de anchetă polițienească, ci trebuie să fie o investigație medico-socială, făcută cu competență, discreție și obiectivitate.*

Investigația la domiciliu se face cu scopul cunoașterii stării de sănătate și de viață a bolnavului și a membrilor familiei sale. Se stabilesc: *momentul îmbolnăvirii,* istoricul bolii, tratamentele efectuate și rezultatele lor, concediile primite, eventuala trecere în invaliditate, modul cum își petrece timpul liber. *De asemenea au importanță existența unor probleme familiale, conflictuale,* problemele de dezadaptare socială, alcoolismul, carențele economice, alimenta-

ția, pregătirea profesională, ruta profesională, opinia bolnavului cu privire la încadrarea sa în activitate. Se cercetează felul în care bolnavul privește propria suferință. Informațiile se culeg de la bolnav, de la membrii familiei sale, de la vecinii de apartament, de la cei care locuiesc în aceeași curte etc.

Investigația la unitățile sanitare este utilă pentru a cunoaște istoricul și evoluția bolii, pentru a putea raporta datele medicale la cele sociale și pentru a stabili data apariției invalidității. Această cercetare se face la unitățile medicale unde a fost tratat sau investigat bolnavul (spitale, policlinici, dispensare), pe baza extraselor din fișele medicale și din foile de observație. Se menționează informații privitoare la concediile de boală eliberate (diagnosticul, data, durata etc.).

Investigația la locul de muncă aduce informații asupra locului de muncă a persoanei, asupra solicitărilor energetice, senzoriale și psihice, a condițiilor de activitate: microclimat, noxe profesionale, ritm de muncă, comportament în timpul muncii, relații cu colegii de muncă (subalternii sau superiorii), atitudine față de muncă, productivitatea muncii (cantitativ și calitativ), absenteism (din cauza de boală sau alte motive), inițiative în muncă, preocupări profesionale sau extraprofesionale etc.

V.3. ANALIZA COMPLEXĂ A LOCULUI DE MUNCĂ

V.3.1. Locul de muncă (LM)

Locul de muncă este mediul efectiv în care lucrează o persoană în mod obișnuit și cuprinde spațiul împreună cu utilajele, uneltele și mobilierul necesar, precum și condițiile ambientale (extrinseci) în care se efectuează procesul de muncă. O clasificare acceptabilă a locurilor de muncă ar trebui să ia în considerare: efortul energetic, psihic, de coordonare și senzorial impus în timpul procesului de muncă.

În funcție de efortul energetic solicitat se descriu: L.M. ce solicită eforturi energetice foarte reduse, reduse, medii, ridicate și, în sfîrșit, L.M. ce solicită eforturi energetice foarte mari, numerotate de la 1 pînă la 5 puncte.

În funcție de efortul psihic solicitat la LM, se consideră:

LM ce solicită efort psihic mic (1— 3 puncte);
LM ce solicită efort psihic mijlociu (4— 6 puncte);
LM ce solicită efort psihic mare (7—10 puncte);

În funcție de efortul senzorial solicitat:

— LM ce solicită auzul (muzicanți);
— LM ce solicită capacitatea vizuală (conducătorii și dirijorii de circulație, opticienii, mecanicii de precizie etc.).
— LM ce solicită pipăitul (masori);
— LM ce solicită mirosul și gustul (bucătari).

V.3.2. Determinarea solicitărilor analizorului vizual

În raport cu dimensiunile reperului, solicitările vizuale se grupează astfel (după I.E.M.R.C.M. București — 26):

„1. Munci la repere mari sau care nu necesită nici un control vizual, ele pot fi executate de persoane cu acuitatea vizuală sub 0,1, la ochiul cel mai bun; aceste activități sînt accesibile marilor ambliopi sau celor cu cecitate practică (deficiență vizuală accentuată).

Solicitarea, este foarte redusă și se notează cu 1 punct.

2. Munci în care detaliile au dimensiuni mari, de 5 mm, fiind astfel suficientă o acuitate vizuală de 0,1—0,3, la ochiul cel mai bun. La aceste munci se acomodează majoritatea ambliopilor (deficiența vizuală medie).

Solicitarea este redusă și se notează cu 2 puncte.

3. Munci în care detaliile sînt cuprinse între 1—5 mm, necesitînd o acuitate vizuală de 0,3—0,8, la ochiul cel mai bun. Muncile sînt accesibile persoanelor cu deficiență vizuală medie.

Solicitarea este de nivel mediu și se notează cu 3 puncte.

4. Muncile ce se desfășoară pe detalii fine, cu dimensiuni de 0,5—1 mm, prezentînd o acuitate de minimum 0,8, la ochiul mai bun, și minimum 0,3, la celălalt ochi, deci practic sînt accesibile persoanelor cu o deficiență ușoară.

Solicitarea este de nivel ridicat și se notează cu 4 puncte.

5. Munci de mare finețe, cu solicitare vizuală permanentă, în care detaliile pretind o acuitate vizuală de minimum 0,8, la ambii ochi, fără lentile corectoare, deci practic accesibile persoanelor fără deficiență vizuală."

Solicitarea este de nivel foarte ridicat și se notează cu 5 puncte.

Evaluarea iluminatului la locul de muncă. Se face în cadrul profesiogramei locului de muncă respectiv. Se consideră iluminatul natural și/sau cel artificial, urmărindu-se metodologia precizată în Normele de igiena muncii. Ca aparatură se folosește luxmetrul și galvanometrul sensibil, prin care se observă caracteristicile fondului pe care se urmăresc: detaliu, contrastul dintre detaliu și fond,

coeficientul de iluminare natural, coeficientul de lumină, unghiul de incidență și unghiul de deschidere.

Cerințele oftalmoergonomiei pot fi rezumate la trei elemente: iluminatul trebuie să fie suficient, să fie uniform și să evite fenomenul de strălucire. Cînd se respectă acești trei parametri, iluminatul este considerat bun, atît din punct de vedere calitativ, cît și cantitativ /16, I. Suciu — 21/.

Nivelul iluminatului la locul de muncă condiționează în bună măsură solicitarea vizuală.

Astfel acuitatea vizuală crește cînd iluminația cîmpului vizual se mărește; atinge un maximum de rezoluție la o iluminare de 5000 asb; acuitatea vizuală crește atunci cînd se mărește diferența de lumină între detaliu și fond (contrastul); acuitatea vizuală este mai mare pentru obiecte de culoare închisă pe fond deschis, decît în situația inversă. Rezultă că se poate ameliora vizualizarea unui obiect, fie prin creșterea nivelului de iluminat, fie prin optimizarea contrastului. Deci, aprecierea sarcinii vizuale și a iluminatului la locul de muncă sînt strîns corelate și trebuie armonizate, în acest sens.

În ceea ce privește iluminatul în raport cu mărimea detaliului și cu contrastul, există norme internaționale pe baza cărora, în fiecare țară, se elaborează norme proprii de protecția muncii.

Astfel, în raport cu iluminatul, solicitarea vizuală se apreciază după cum urmează:

1. Iluminare la nivelul valorilor maximale, prevăzute în normele republicane pentru protecția muncii (sau peste acestea), în condițiile unui contrast optim, fără apariția fenomenelor de „orbire"; solicitarea, datorită iluminatului, este foarte redusă, 1 punct;

2. Iluminarea la nivelul prescris de norme, dar în condițiile unui contrast mic (fapt ce conduce la o iluminare excesivă care poate obosi ochiul); solicitarea este redusă, 2 puncte;

3. Iluminarea la nivelul valorilor minime prevăzute în normele republicane sau existența unor surse ce produc fenomenul de „orbire"; solicitarea este medie — 3 puncte;

4. Iluminarea pînă la 50% sub nivelul prevăzut în normele republicane; solicitare ridicată — 4 puncte;

5. Iluminare sub 50% din valorile prevăzute — solicitarea datorită iluminatului este foarte ridicată — 5 puncte".

Determinarea solicitării analizorului vizual. În condițiile actuale ale activităților profesionale, automatizarea și mecanizarea au favorizat, odată cu scăderea efortului energetic și locomotor profesional, creșterea efortului psihic, a celui de coordonare și a efortului senzorial, în special a celui vizual. Efortul vizual este reprezentat mai ales prin solicitarea acuității vizuale (de arie, de linie și de contur) a acomodației, a convergenței, a simțului culorilor și a capacității de discriminare a diferențelor de strălucire /16/. S-a simțit nevoia ca în aceste condiții, să se elaboreze criterii științifice de apreciere a limitei fiziologice de solicitare oculară.

Dintre diferitele criterii propuse, se acordă importanță deosebită *frecvenței critice de fuziune (FCF),* definită ca număr minim de iluminări pe secundă, prin care un stimul luminos discontinuu dă o senzație luminoasă continuă. În mod normal, cu un ritm de iluminări de 40/sec, se obține o senzație de lumină permanentă. Scăderea puterii de fuziune indică oboseală sau deficiență vizuală. Întrucît problema este importantă pentru solicitații oculari, pentru echipa de recuperare și pentru organele unităților de muncă, socotim util să o punctăm.

Redăm — preluat după Mihaela Dumitriu, Rodica Mateescu și Lia Zotovici /7/ — testul de determinare a frecvenței critice de fuziune (FCF) a imaginilor luminoase (stroboscopia).

Se utilizează aparate (stroboscoape sau strobotacuri) care generează stimuli luminoși cu frecvență reglabilă. Impulsurile luminoase pot fi generate de o lampă cu vapori de mercur, cu înaltă presiune sau prin descărcare electrică la înaltă tensiune într-un gaz inert.

Valorile ce apar pe cadranele aparatelor reprezintă numărul de aprinderi ale becului pe secundă (cicli/secundă sau HZ) sau pe minut și, în acest din urmă caz, pentru standardizarea de exprimare, este necesară transformarea în cicli/secundă prin împărțirea rezultatului la 60.

Pentru determinarea FCF trebuie respectate anumite condiții standard de înregistrare și anume:

— Distanța dintre ochiul subiectului și sursa luminoasă trebuie să fie aceeași (maximum 1 metru). Acest deziderat se poate realiza prin atașarea la lampa proiectoare a unui tub metalic, înnegrit în interior, cu diametrul egal cu vizorul aparatului și cu o lungime de 1 metru. La extremitatea tubului, prin care privește subiectul, se poate monta un manșon care să se muleze pe fața acestuia;

— Ambianța luminoasă în care este situat examinatul trebuie să fie aceeași pentru toate determinările (preferabil camera obscură);

— Viteza de progresie a frecvențelor luminoase trebuie să fie constantă, aproximativ 1 ciclu/secundă, cu frecvența de plecare de la aproximativ 18—20 cicli;

— Dimensiunea sursei luminoase: un pătrat cu latura de 1 cm;

— Puterea sursei luminoase, la nivelul ochilor subiectului, este egală cu 20 lx;

— Determinarea se repetă de 3—4 ori pentru fiecare examinare, calculîndu-se apoi media valorilor obținute.

Subiectul privește sursa luminoasă prin tubul cu manșonul terminal, care se mulează pe față pentru a nu interfera lumina din alte surse. Examinatorul manevrează butonul de reglare, crescînd treptat frecvența impulsurilor pînă la percepția pragului de fuziune, relatat de subiect. Pe cadranul aparatului se citește frecvența de fuziune, exprimată în cicli/secundă.

Valoarea fiziologică a FCF este de aproximativ 35—40 cicli/secundă, existînd însă variații mari de la o persoană la alta și, de asemenea, pentru aceeași persoană, în diverse situații ca: oboseală, afecțiuni oculare, condiții de iluminat ale mediului ambiant etc., de aceea, rezultatele trebuie prelucrate statistic individual, prin compararea valorilor obținute în dinamică pe parcursul zilei de muncă.

Diverse cercetări au evidențiat scăderea puterii de fuziune a imaginilor luminoase după 3—4 ore de activitate; scăderea se accentuează spre sfîrșitul zilei de lucru. Cu 1—2 stroboscoape și o echipă de 2—3 cadre calificate se poate face examinarea FCF la loturi de solicitați vizuali din întreprinderi cu acest specific de muncă. Dimensiunile aparatului portativ sînt: 21/12/17 cm. Cînd limita de răspuns la solicitările vizuale, este depășită, se instalează oboseala oculară. Explozia informațională din epoca noastră, suprasolicitarea funcțiilor vizuale umane, care primesc și prelucrează peste 80% din informațiile ce ne vin din mediul extern, mecanizarea și automatizarea activităților, favorizează apariția oboselii oculare.

V.3.3. Oboseala oculară

Oboseala oculară are deosebită importanță fie că survine la elevi în perioada de școlarizare sau profesionalizare, cînd le influențează dezvoltarea mintală, profesională și caracterială, fie că apare la adulți, cînd le scade capacitatea de prestație și productivitatea în muncă (P. Vancea — 24, Dubois-Poulsen — 6, Gh. Rânjea — 19 s.a.).

Semnele clinice ale oboselii oculare sînt generale, oculare și vizuale. *Cele generale* constau în: senzația de oboseală, cefalee, care se accentuează vesperal și la eforturi oculare (asociată uneori de ameteli), scăderea atenției, scăderea capacității de prestație, astenie, insomnie, fenomene vegetative etc.

Semnele oculare constau în: senzația de greutate la nivelul globilor, tendința de a-și freca ochii, fotofobie, jenă, adesea cu caracter

de înțepături și senzație de tensiune în glob. Un studiu, efectuat de unul dintre autori /15/, asupra oscilațiilor TACR în condiții de efort predominant ocular și intelectual a evidențiat, după efort, la peste 70% din subiecți, o scădere a TACR față de tensiunea arterială sistemică (umerală), cu crearea unei discordanțe tensionale retino-umerale negative, interpretată ca semn de decompensare vasculară. La un mic număr de cazuri, s-au observat ușoare creșteri ale TACR (cu peste 10 mmHg) după desfășurarea activității cu solicitări vizuale și intelectuale marcate; și această ascensiune trebuie interpretată ca fiind tendință spre dezechilibru. Modificările TACR în condițiile de efort vizual și psihic indică oboseală, cu tendință la dereglări cerebro-retiniene. Scăderi ale TACR în condiții de efort s-au observat la telefoniste (Viorica Pîslaru și colab.) în 50% din cazuri, iar creșteri ale TACR s-au înregistrat în 17% din cazuri, mai ales la persoane cu predispoziție la hipertensiune arterială /18/. Hipotensiune retiniană la oboseală oculară mai constată și Fouchez /8/. Se remarcă sensibilitate la comprimarea pleoapelor, iar obiectiv, congestie palpebro-conjunctivală.

Semnele vizuale sînt reprezentate prin estomparea imaginilor („vederea ca prin sită sau voal"), halou franjurat în jurul obiectelor; în stadiu mai avansat pot apare dificultăți de fuziune a imaginilor de diferite grade pînă la diplopie, la privirea de aproape (semn de oboseală accentuată). Fenomenele clinice se instalează lent și sînt agravate de unele stări ca: debilitate fizică, convalescență, unele viroze (gripa).

Explorări ale oboselii oculare. În prima fază, parametrii funcționali vizuali sînt în limite fiziologice, apoi survin modificări ale frecvenței critice de fuziune, tulburări de acomodare și convergență, iar, mai tîrziu, și oard discret, apar tulburări ale simțului cromatic și scăderea AV.

S-au descris: „testul clipirii" (cînd cel obosit vizual clipește mai des); testul ce evidențiază angioscotoamele la oboseală; testul cu vizibilometrul tip Troukhanov; s-a mai evidențiat prelungirea timpului scurs între stimulul vizual și răspunsul motor; modificarea vederii steroscopice /6/.

Maria Coracu, Felicia Mărgescu și colab. /4/ au studiat oboseala oculară survenită în timpul și la sfîrșitul orelor (12 ore) de activitate la impiegații de mișcare, din cadrul unei mari unități de căi ferate. S-a evidențiat scăderea treptată a amplitudinii acomodative (determinată cu proximetrul construit de M. Popescu) și scăderea puterii de fuziune (măsurată cu stroboscopul). Pe baza observațiilor s-au făcut o serie de propuneri vizînd îmbunătățirea condițiilor de muncă la impiegații de mișcare.

Cauzele oboselii sînt multiple. Ele produc, în ultima analiză, dereglarea sistemului automatismelor și a reflexelor nervoase care concurează la formarea unei imagini clare a obiectelor. Cînd aceste automatisme sînt suprasolicitate, pentru a se menține totuși o imagine optică cît mai clară, intră în funcție reflexele centrale de reacomodare și acțiunea mai intensă a mușchilor ciliari care, ca urmare a contracției, modifică curbura fețelor cristalinului pentru ca imaginea retiniană să se mențină clară. Sursa de lumină prea îndepărtată, prea mică sau prea puternică, amestecul luminii naturale cu cea artificială, manipularea rapidă a unor obiecte prea mici și neuniform luminate, conduc la instalarea mai rapidă a oboselii oculare și la dereglarea mecanismelor nervoase adaptative.

Unele defecte de refracție: hipermetropia, astigmatismul, miopia și mai ales anizometropia, sînt sigur cauze ale unor sindroame de oboseală oculară, mai ales cînd sînt mici și necorectate.

Oboseala oculară survine des în cazul unor tulburări psihice, deci ea poate avea și cauze corticale, apărînd ca urmare a unor suprasolicitări de diferite etiologii. Alteori, are cauze organice, modificări patologice ale sistemului nervos central.

Tulburările endocrine, intoxicațiile exogene cronice cu alcool, tutun și plumb pot favoriza oboseala oculară.

Prevenirea oboselii oculare se face prin respectarea regulilor de oftalmoergonomie.

Tratamentul se face întotdeauna etiopatogenetic, de aceea trebuie stabilită mai întîi cauza și înlăturată.

Utilizarea lentilelor corespunzătoare deficienței, urmărirea periodică și adaptarea lor, la care se adaugă justa selecție, orientare și îndrumare profesională /23/, respectarea regulilor de oftalmoergonomie, alimentația rațională, tonicele, vitaminele, gimnastica medicală în producție, constituie complexul prevenirii și terapiei eficiente a oboselii oculare. P. Vancea recomandă administrarea extractului total de ochi (ETO) /24/.

De mare importanță este și faptul ca medicul — în special cel al unității în care bolnavul își desfășoară activitatea — să supravegheze condițiile optice de desfășurare a muncii, să cunoască aptitudinile vizuale ale salariaților și să nu omită simptomul de oboseală oculară în stabilirea diagnosticului unor bolnavi cu cefalee, ameteli, tulburări vizuale, astenie generală, solicitînd, în aceste cazuri, consultul specialistului oftalmolog. Factor esențial pentru evitarea oboselii oculare rămîne respectarea raportului dintre capacitatea vizuală și solicitarea vederii; în acest echilibru, elementul hotărîtor îl reprezintă dimensiunile pieselor manipulate.

IEMRCM București codifică gradul de solicitări vizuale în raport cu dimensiunile reperului în cinci categorii progresive, notate de la 1 pînă la 5 puncte /26/, care sînt expuse pe larg la pagina 129.

Condiția esențială este ca trierea la angajare să se facă corect, în special în cazurile cînd se fac încadrări la locuri de muncă cu solicitări etalonate cu 4 și 5 puncte; la aceștia se va aprecia și evoluția în timp a funcției vizuale, adică vor fi controlați ocular periodic.

Trebuie menționat și faptul că multe persoane active acuză oboseală oculară dar, în fond, starea de oboseală este determinată de alți factori (starea clinică de ansamblu, cauze psihice etc.).

Toate cazurile cu acuze de oboseală oculară vor fi examinate de către oftalmolog, acesta trebuind să excludă cea mai mică deficiență pentru că „ochiul încetează să lupte cu defecte mari, dar continuă să lupte cu cele mici", de unde apar acuzele de oboseală oculară /6/.

Din cele expuse, se poate conchide că expertiza medicală a capacității de muncă se bazează pe evaluarea cantitativă și calitativă a potențialului organic și funcțional al persoanei expertizate și pe raportarea la specificul solicitărilor profesionale ale locului de muncă. În final, trebuie să stabilească un raport între morfofuncționalitatea existentă și de perspectivă și între gradul solicitărilor locului de muncă.

Schimbarea locului de muncă. Medicii ce activează în întreprinderi sînt adesea nevoiți să indice schimbarea locului de muncă (LM). Înainte de a face această indicație, se impune reamenajarea LM, prin modificarea oftalmoergonomică a utilajului folosit în procesul de producție și a condițiilor concrete de muncă (macro- și microclimatul biologic, fizic și social), în așa fel, încît acestea să devină concordante cu posibilitățile de prestație ale angajatului. În legislația actuală, schimbarea LM a căpătat o deosebită importanță, deoarece prin deplasarea unui angajat dintr-un loc de muncă necorespunzător în altul, compatibil cu posibilitățile sale de prestație, se evită trecerea sa în situația de invalid de gradul III. Schimbarea LM corespunde principiului potrivit căruia toți cetățenii, inclusiv cei cu capacitatea de muncă redusă, trebuie să depună o activitate utilă acolo unde pot și atîta cît pot. Prin schimbarea, în timp util, a unui loc de muncă necorespunzător cu unul corespunzător, se efectuează o operă de profilaxie a unor îmbolnăviri sau a unor complicații și se previne instalarea stării de invaliditate.

Necesitatea schimbării LM rezultă din constatarea neconcordanței dintre restantul morfofuncțional al handicapatului (privit în lumina prognosticului) și caracterul solicitărilor LM.

Schimbarea LM se poate efectua fie pe durată determinată, fie pe durată nedeterminată.

Schimbarea temporară, determinată, pe o perioadă de 1—3 luni, se indică acelor oameni ai muncii care au suferit o intervenție chirurgicală oculară și unde locul de muncă impune eforturi oculare și eforturi fizice mari, ori ridicarea de greutăți. De asemenea, se indică schimbarea locului de muncă la gravide, în stări de debilitate fizică, în convalescență ș.a.

Schimbări de lungă durată sau pe perioade nedeterminate ale LM, se pot efectua în următoarele împrejurări:

— *În cazul stărilor alergice oculare accentuate,* cauzate de alergeni folosiți în procesul de producție sau care apar în cursul procesului de producție;

— *În cazul bolilor profesionale oculare;*

— *În unele cazuri ale trecerilor* în gradul III de invaliditate;

— *În cadrul articolului 29 din Legea nr. 3/1977* (pe care-l redăm în extenso):

(1). Persoanele care au suferit accidente de muncă au contractat boli profesionale sau care din motive de sănătate nu mai pot lucra în condițiile de la locurile de muncă avute anterior, vor fi încadrate la locuri de muncă mai ușoară, corespunzătoare capacității lor de muncă. Obligația de a asigura încadrarea în astfel de locuri de muncă revine unităților socialiste în care sînt încadrate.

(2). Muncitorii și maiștrii prevăzuți la alin. (1), cuprinși în grupele I și II de muncă și care au o vechime minimă de 10 ani; în aceste grupe vor fi încadrați la locurile de muncă în care să li se asigure o retribuție cel puțin 75% pentru grupa I și 70% pentru grupa II, din retribuția în vigoare, corespunzătoare funcției avute anterior. Pentru o vechime de peste 15 ani, procentul este de 80 pentru grupa I și 75% pentru grupa a II-a de muncă. Dacă nu este posibil să se asigure această retribuție, diferența pînă la 70% respectiv 80%, se acordă din fondurile asigurărilor sociale, incluzîndu-se în retribuția tarifară. Aceste schimbări se indică în toate cazurile în care se creează o incompatibilitate definitivă sau de lungă durată între capacitatea de muncă și caracterul solicitărilor LM în care activează angajatul respectiv.

Observațiile din practică arată că schimbarea LM nu se efectuează întotdeauna în condiții corespunzătoare, de aceea se impune ca:

— *Medicii care fac recomandarea schimbării LM să cunoască bine atît caracteristicile vechiului LM cît și ale celui nou recomandat;*

— *Conducerile întreprinderilor* să sprijine indicațiile medicale ale schimbării LM, care, în final, contribuie la îndeplinirea planului de producție;

— *Oamenii muncii care solicită schimbarea LM* trebuie să facă acest lucru numai atunci cînd activitatea în vechiul loc de muncă devine dăunătoare stării lor de sănătate, producției sau eventual relațiilor lor familiale și sociale;

— *Medicii din rețeaua de EMRCM și medicii de întreprindere trebuie să cunoască și să catagrafieze locurile de muncă ce necesită solicitări senzoriale (oculare) și neuro-psihice mici și care prezintă condiții de confort ocular pentru a le putea recomanda persoanelor cu boli oculare cronice potențial invalidante, handicapaților sau eventual invalizilor oculari de gradul III care nu pot continua o activitate în locurile de muncă unde s-au invalidat;*

— *În scopul evitării încadrării în invaliditate se indică aplicarea mai des a articolului 29 din Legea 3/1977.*

Se ia în discuție schimbarea locului de muncă în scop profilactic, spre a evita încadrarea în invaliditate, la deficienții oculari de diferite grade care se încadrează în următoarele situații:

— *Profesiuni și locuri de muncă cu suprasolicitarea analizorului vizual* prin executarea unor manopere de precizie [bijutier, ceasornicar, gravor, desenator tehnic, chirurg, stomatolog, radiolog, (care execută și intepretează filme radiografice), medic de laborator (în mod deosebit cei ce fac studii sau lucrări la microscop) etc.];

— *Profesiuni cu periclitate oculară:* (strungar, frezor, sudor, forjor, nituitor, lăcătuș mecanic, cioplitor sau sculptor în piatră etc.);

— *Profesiuni cu activitate la înălțime* (dulgher, zugrav, tinichigiu de acoperiș) sau în *subteran* (miner);

— *Discromații* trebuie schimbați din profesiuni — și respectiv din locurile de muncă — ce solicită integritatea simțului culorilor (conducător auto, vatman, aviator, marinar, lucrător în siguranța circulației).

Locul de muncă protejat. Cooperativele de invalizi. Locul de muncă (LM) protejat apare necesar atunci cînd bolnavul nu poate activa într-o întreprindere obișnuită, fie din cauza condițiilor de muncă particulare incompatibile, fie din cauza deficienței. Locul de muncă protejat răspunde unor deziderate psihologice, biologice și economice ale tuturor categoriilor de bolnavi cronici, handicapați sau invalizi de gradul III.

Modul de organizare al întreprinderilor noastre permite amenajarea LM protejate, în cadrul unor secții speciale, în care poate activa cu o jumătate de normă sau unde solicitările senzoriale, respectiv oculare și cele energo-psiho-locomotorii, sînt mai reduse, prin organizarea muncii după principiile oftalmoergonomiei, prin activarea cu program redus și prin realizarea unor condiții ambientale corespunzătoare.

Cooperativele de invalizi. Într-un sens mai larg, acestea pot fi considerate — sau ar putea deveni — ateliere cu muncă protejată. Ele sînt asociații cu caracter economic în care lucrează invalizi de toate categoriile, la care se alătură o proporție de 20% persoane valide. *În cooperativele cu nevăzători, acest procent se poate ridica la 50%.*

Evaluarea practică a capacității de muncă. Cunoscînd datele menționate anterior precum și cele cuprinse în capitolul „Explorări morfofuncționale în boli oculare", se poate afirma că evaluarea practică a capacității de muncă a bolnavilor cu afecțiuni oculare ce realizează variate deficiențe funcționale nu întîmpină greutăți deosebite.

Problema încadrării în invaliditate nu se pune decît în cazul bolilor evolutive, fără șanse de recuperare în maximum 6 luni (cu excepția tuberculozei oculare care beneficiază de concedii medicale ce se pot extinde pînă la 12 luni) și a bolilor ce realizează deficiențe funcționale accentuate sau grave.

În general, se acționează în felul următor, pentru adulții calificați (după Doru Mavrodin, — 3, 14):

1. *Bolnavii cu deficiențe ale capacității vizuale necorectabile, bilaterale* (acuitatea vizuală este prima apreciată, dar se iau în considerare și celelalte funcții vizuale), pînă la 1/3, nu se încadrează în nici un grad de invaliditate; în unele cazuri este indicată schimbarea locului de muncă, cu reducerea solicitărilor vizuale (unde este cazul, se poate aplica articolul nr. 29 din Legea nr. 3/1977).*

Ca element funcțional determinant se ia în considerare AV obișnuită, mai rar AV kinetică (pentru obiectele în mișcare), utilă mai ales în cabinetele de ergooftalmologie, pentru selecția și orientarea profesională.

2. *Bolnavii cu deficiențe ale capacității vizuale bilaterale necorectabile de la 1/3 pînă la 1/10 necesită schimbarea locului de muncă în cele mai multe cazuri, iar, uneori, reducerea programului de activitate cu sau fără încadrarea în gradul III de invaliditate;*

3. *Bolnavii cu deficiențe ale capacității vizuale bilaterale necorectabile, între 1/10 și 1/50, impun, în cele mai multe cazuri, încadrarea în gradul* II de invaliditate;

4. *Bolnavii cu capacitatea vizuală sub 1/50 la AO se încadrează în gradul I de invaliditate, deoarece nu mai au integritatea autoservirii.*

---

* Se ia în considerare vederea la ochiul cel mai bun.

Se insistă asupra faptului că aceste indicații sînt cu caracter general întrucît ele se aplică individualizat, în funcție și de alte criterii, cum ar fi, vîrsta, momentul cînd s-a instalat deficiența sau pierderea vederii, caracteristicile profesionale și ale locului de muncă etc.

Cei care au devenit nevăzători înainte de calificare, trebuie orientați profesional, profesionalizați și apoi încadrați în activitate în raport cu calificarea obținută. Ei nu se pot pensiona decît pentru o altă boală invalidantă, în schimb beneficiază de o serie de drepturi, enumerate anterior.

Bolnavii cu vicii de refracție se încadrează în invaliditate cînd deficiențele sînt accentuate sau grave și numai dacă schimbarea locului de muncă nu este eficientă /3, 14, 23/.

Tot astfel se procedează și în cazul bolnavilor cu reducerea cîmpului vizual sau cu alte deficiențe vizuale mari (hesperanopii accentuate).

Bolnavii monoculari (fără complicații la celălalt ochi) au capacitatea vizuală scăzută cu 25% /20/. Nu se încadrează în grade de invaliditate, decît, eventual, pentru cîteva luni, atunci cînd bolnavii au devenit monoculari ca urmare a unor enucleeri de necesitate (procese tumorale maligne, traumatisme cu zdrobirea globului ocular etc.). La acești bolnavi, se poate indica schimbarea locului de muncă pentru evitarea accidentării la ochiul valid, a solicitărilor vizuale mari, în cazul locurilor de muncă ce necesită binocularitate, cît și a celor ce solicită eforturi energetice mari.

Cercetări laborioase, care au comparat capacitatea de prestație și rezistența la efort la persoane binoculare cu cele monoculare, au evidențiat că, la aceștia din urmă, capacitatea de prestație și rezistența la efort este mică, rezultat care se constituie în suportul ce justifică măsurile de protecție și la acești deficienți vizuali /17/. În aprecierea capacității lor de muncă, pe lîngă deficiența vizuală, se mai ia în considerare și diagnosticul etiologic și, eventual, alte deficiențe determinate de boala de bază.

Bolnavii cu afecțiuni oculare sechelare, cu deosebire cei cu leziuni de origine vasculară ale polului posterior, neîncadrați în invaliditate, trebuie să fie plasați în locuri de muncă protejată, cu evitarea eforturilor energetice mari și a activităților ce presupun eforturi oculare. Se evită locurile de muncă ce implică șocuri și vibrații, condițiile atmosferice și termice nefavorabile, conducerea mijloacelor de transport, se evită activitățile ce generează nistagmus optokinetic, tensiune psihică excesivă, acțiunea nocivă a produselor toxice și a radiațiilor. Acești bolnavi trebuie să fie scutiți de activități suplimentare, de deplasări dificile, de activități în schimbul de noapte.

Persoanele care activează în profesii predominant psihice, trebuie să fie ajutate să-și reducă volumul de muncă, în special în primii 2—3 ani după ce s-a manifestat boala (E. Libman și colab. — 10). În acest fel, se face o adevărată și eficientă profilaxie a invalidității.

Deontologia și etica în activitatea de EMCM. Deontologia și etica EMCM se încadrează în principiile generale ale eticii medicale, cu sublinierea că aceste principii trebuie să fie respectate foarte riguros. Factorii de care depinde deontologia în activitatea de EMCM sînt: bolnavii, medicii, raporturile dintre medici între ei și raporturile dintre medici și bolnavi /11/.

Bolnavii care se prezintă la cabinetele de expertiză medicală, fiind suferinzi oculari cronici, trebuie feriți de ceea ce se numește „deviantă comportamentală pasivă" și învățați, prin educația sanitară și sociocultură, să contribuie, alături de medici, la propria lor sanogeneză și la învingerea sentimentului de „frică față de muncă".

Medicii care compun echipa ce evaluează capacitatea de muncă a bolnavilor oculari, ca la oricare altă suferință, trebuie să aibă o pregătire temeinică și multilaterală-incluzînd și domeniul bolilor oculare — astfel ca decizia lor să fie o concluzie fundamentată științific.

*

Întreaga activitate de EMCM trebuie să aibă la bază competență, probitate, operativitate, umanism și respectarea legislației în vigoare /11/, /12/.

Activitatea de EMRCM a handicapaților vizuali, cere cadrelor ce o efectuează o pregătire medicală multilaterală, pasiune, dăruire, înaltă tehnicitate, perseverență și multă probitate. Prin țelurile nobile actuale și de perspectivă pe care le urmărește, prin faptul că în centrul preocupărilor ei stă omul nevăzător, cel slab văzător, ori cel amenințat cu una din aceste situații, și prin eficiența sa psiho-bioeconomică dovedită, această activitate merită toate eforturile.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arhanghelski, H. V., *Bazele morfologice ale diagnosticului oftalmologic*, Moscova, 1960 (traducere).
2. Averbach, A., Arnold, I., *Expertiza medicală a capacității de muncă*, Ed. de Stat pentru literatură științifică, București, 1953 (traducere).
3. Berlogea, O., Sirijiță N., Mavrodin D., Georgescu Aglae, ș.a., IEMRCM, București, în colaborare cu alte cadre din Ministerul Muncii, Ministerul Sănătății și Academia R.S.România, *Criteriile de expertiză medicală a capacității de muncă*, Edițiile din anii 1972, 1975 și 1978.
4. Coracu, Maria, Mărgescu Felicia, Zăgreanu Silvia, Traian Boroș, *Oboseala oculară la o categorie de salariați în legătură cu siguranța circulației*, Consf. medica ă feroviară regională, Iași, 17 mai 1965.
5. Dressler, Svetlana, *Acuitatea vizuală kinetică — mijloc de explorare funcțională în oftalmologie*, Oftalmologia, XXIII, 3, 1979, 201—209.
6. Dubois, A.,-Poulsen, *La fatigue visuelle*, Arch. Mal. Prof. (Paris), 8, 9, 1961, 409—417.
7. Dumitru, Mihaela, Mateescu Rodica, Zotovici Lia, în Vol. *Practica medicinii muncii* sub redacția lui P. Manu, P. Niculescu, Ed. Medicală, București, 1978, 122—126.
8. Fouchez, J. *Fatigue et hypotension rétinienne orthostatique*, Arch. Mal. Prof. 3, 1973, 151.
9. Jerome, R. Dunham, *Blindness and Visual Impairment*, în Vol. *Disability and Rehabilitation Handbook*, Editor în Chief Robert M. Goldenson, USA, 1978, 263—265.
10. Libman, E., Mizghireva A., Vervelskaia V., Slimovici R., *Expertiza medicală a capacității de muncă în cazul afecțiunilor retinei și nervului optic*, Soțialnoe obespecenie URSS, 48, 1973, 38—43.
11. Marin, Fl., Kun Gj., *Particularitățile deontologice și etice ale activității de expertiză a capacității de muncă*, în Volumul *Probleme ale eticii și deontologiei medicale*, Cluj-Napoca, Direcția Sanitară Cluj-Napoca, 1978, 131—136.
12. Marin, Fl., *Expertiza medicală a capacității de muncă — problemă actuală*, Clujul Medical, 2, 1979, 188.
13. Maurer, M., *Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă*, Vol. I., Ed. Medicală, București, 1969.
14. Mavrodin, D., *Prelegerile ocazionate de Cursurile de perfecționare în expertiza medicală și recuperare a capacității de muncă*, IEMRCM, București, 1970—1980, cuprinse și în scrisorile metodologice trimise, de IEMRCM București, în teren.
15. Mărgescu, Felicia, *Oscilațiile tensiunii retiniene sub acțiunea efortului ocular și intelectual la un lot de salariați feroviari*. Din lucrările Simpozionului Medical cu ocazia semicentenarului Policlinicii C.F.R. Cluj, 21—22 iunie 1974. Vol. lucrărilor, 146—153.
16. Nicolaescu, T., Ionescu Al., *Determinarea și aprecierea igienică a iluminatului la un post de muncă* în Volumul *Practica medicinii muncii*, Ed. Medicală, București, 1978, sub redacția P. Manu și T. Nicolaescu.
17. Pape, R., *Rehabilitation von sehgeschadigten Patienten, Rehabilitation* Band III, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1975, 306—322.
18. Pîslaru, Viorica, Tudor Paula, Calciu Taneș, Avitu Iolanda, *Considerațiuni privind importanța analizatorului vizual în oboseala la telefoniste*. Lucrările Simpozionului Medical cu ocazia semicentenarului Policlinicii C.F.R. Cluj, 21—22 unie 1974. vol. lucrărilor 153—157.
19. Rânjea, Gheorghe, *Données sur la fatigue oculaire dans l'industrie textile*. Al VIII-lea Congres de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, mai 1977, București, vol. lucrărilor 385.

20. Rózsahegyi, István, *Principiile expertizei medicale a capacității de muncă*, Medicina Könyvkiadó, Budapesta, 1960.
21. Suciu, I., Ilea Elena, *Curs de igiena muncii și boli profesionale*, Litografia IMF Cluj-Napoca, ediția, 1972, 1979.
22. Tretiacov, Alexandru, *Bazele expertizei medicale a capacității de muncă*, Moscova, 1960.
23. Vancea, P., *Rolul oculistului în orientarea profesională a elevilor*, Muncitorul Sanitar, XIV, 37 (4), 15, 1962.
24. Vancea, P., *Oboseala vizuală*, Muncitorul Sanitar, XVI, 8/768 din 27 februarie 1965.
25. *** Scrisoarea metodologică nr. 1444 din 8 decembrie 1978 în legătură cu expertiza bolnavilor cu tuberculoză. Institutul de Ftiziologie și IEMRCM București.
26. *** Catalog cu locuri de muncă accesibile diferitelor categorii de deficienți, IEMRCM București, 1981.

VI. RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA DEFICIENȚII OCULARI CRONICI

VI.1. INTRODUCERE

Noțiunea de recuperare a fost introdusă de Ritter von Buss, în anul 1844 /70/. Recuperarea (R) nu constituie întru totul o concepție a epocii actuale, ea are rădăcini mult mai vechi, mai ales sub forma terapiei ocupaționale.

Încă din secolul al XVII-lea s-au creat așezăminte de caritate pentru surdo-muți, nevăzători, deficienți corporali și pentru copiii handicapați.

Treptat, în special după primul război mondial, s-au promulgat, în majoritatea țărilor, legi pentru protecția și îngrijirea invalizilor; prin aceasta statele au recunoscut și și-au asumat obligația de a ocroti și îngriji copiii, tinerii și adulții deficienți, sub aspect medical, profesional și social. Aceste idei s-au dezvoltat ulterior pînă la sensul pe care îl au în epoca actuală. În 1958, Congresul din Freudenstadt a avut ca temă: „Reabilitarea, cheia stabilității pe locul de muncă". Cu această ocazie s-au conturat și cele trei laturi ale R: medicală, socială și profesională.

VI.2. SERVICIILE DE RECUPERARE DIN ȚARA NOASTRĂ

Ministerul Sănătății a elaborat, încă din anul 1971 /162/, Norme privind Organizarea și Funcționarea Serviciilor de Recuperare Medicală și Fiziologică în spitale și policlinici, care au stabilit structura organizatorică a acestora, categoriile de persoane care pot beneficia de recuperarea medicală, precum și atribuțiile și funcționalitatea acestor unități.

S-au precizat grupele de afecțiuni, categoriile de bolnavi care necesită îngrijire medicală de tip recuperator, de asemenea *sarcinile*

organizatorice ce revin medicilor șefi de secții din spitale și din unitățile sanitare ambulatorii. S-a dispus necesitatea instituirii prompte a procedurilor recuperatorii și urgentarea creării condițiilor necesare recuperării deficienților motori (ortopedici-chirurgicali, reumatici, neurologici), senzoriali și a celor cu deformații congenitale.

Se insistă asupra importanței examenului de la angajare, a orientării profesionale și a respectării condițiilor ergonomice în activitatea profesională și extraprofesională ca premise pentru păstrarea sănătății și capacității de muncă un timp cît mai îndelungat, cu consecințele firești: creșterea productivității muncii, scăderea incapacității temporare de muncă, a invalidității generale și creșterea longevității active.

Eforturile Ministerului Muncii au fost dirijate în același sens /10, 88, 90, 93, 94/.

O atenție deosebită s-a acordat dezvoltării bazei materiale pentru această activitate: Municipiul București și 16 județe dispun de 3543 paturi, din care 500 în Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca și 500 în cel de la Iași.

Pentru slab-văzători și nevăzători s-au creat noi cooperative și s-au lărgit vechile cooperative „Munca Invalizilor", în care aceștia lucrează în condiții protejate.

Problemele recuperării handicapaților preocupă azi nu numai cercurile medicale, ci și sectoare largi ale opiniei publice, interesate ca toți membrii societății să contribuie la propria lor bunăstare.

Recuperarea este o problemă legată de ființa deficientului, de personalitatea sa multilaterală, în relație cu mediul fizic, biologic și social înconjurător, și, prin acestea, o problemă economică și colectivă.

Pornind de la conținutul noțiunii de R., unii autori ca P. Houssa /61/, au definit-o ca „integrarea convalescenței în tratamentul activ și specific". Același autor o consideră „o disciplină medicală care se bazează pe omenie și simț social, dominată de principii severe, care presupune specializare și exclude diletantismul".

„Scopul oricărei activități de recuperare este acela de a reface capacitatea de muncă a deficientului" afirma Erkki Eskelinen din Finlanda, în lucrarea sa *Ability to Work*, iar Jack Hutchison afirmă: „reabilitation is Working" (citat din N. Sirijiță /136/). Deși procedeele de recuperare pot să fie foarte diferite, întotdeauna se urmărește „reîncadrarea handicapaților în societatea în care trăiesc" (F. Knapp — 72).

VI.3. PRINCIPII GENERALE ALE RECUPERĂRII CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVII OCULARI

Ce bolnavi oculari pot să fie cuprinși în procesul activ de recuperare? Este o întrebare care se pune adesea și la care, după părerea noastră, se poate răspunde fără echivoc în felul următor: în procesul de recuperare se pot cuprinde orice fel de handicapați oculari, indiferent de vîrstă, sex, afecțiune de bază, sau orice alte considerante. Altfel spus, în procesul activ de R. oculară sînt cuprinse toate persoanele cu afecțiuni oculare care prezintă o deficiență morfofuncțională vizuală în limitele descrise în capitolul IV, asociată sau nu cu una fizică, psihică sau comportamentală, care le împiedică — atunci cînd deficiența este congenitală sau a apărut în copilărie — să se califice și să se încadreze în activitatea organizată obișnuită, sau — atunci cînd a apărut după intrarea în activitate — le limitează sau le stînjenește continuarea activității pentru care au aspirat. O parte importantă a R., ca noțiune generală, este recuperarea capacității de muncă, ce are în vedere profesionalizarea, încadrarea, sau, după caz, reîncadrarea în activitatea organizată a persoanei handicapate și ajutor pentru păstrarea locului de muncă ales.

Dreptul la recuperare este asigurat, în multe țări din lume și în țara noastră, prin legile sanitare. Acest drept este astăzi recunoscut pe plan mondial. Desigur, pentru cristalizarea lui s-au depus multe insistențe, s-au confruntat opinii, dar importantă este recunoașterea nevoii de recuperare ca un drept pentru toți deficienții /70/, și, opiniem noi, în primul rînd pentru cei oculari.

Recuperarea se orientează în viitor pentru a deveni nucleul politicii sanitare și sociale a societății /70/. În centrul acțiunii de recuperare, a deficienților oculari, stă omul deficient vizual, slab-văzător, nevăzătorul sau cel amenințat cu deficiența vizuală sau cu orbirea. Recuperarea, în general, și cea oculară, în particular, privește persoana handicapată în ansamblul său biopsihosocial, integrată în mediul său familial, social și profesional urmărind să o pregătească pentru a se adapta acestui mediu.

În țara noastră, sînt reglementări speciale de stat pentru munca și viața handicapaților oculari /119/.

Direcția sanitară Cluj, în colaborare cu Comisia județeană de expertiză medicală și recuperare, a elaborat o scrisoare metodologică ce a fost difuzată la toți medicii dispensarelor din unitățile județului Cluj; în aceasta se accentuează că: *o atenție deosebită trebuie acordată* recuperării persoanelor încadrate în muncă cu 1/2 normă (gradul III).

Sarcinile medicilor din unități, privitoare la scăderea morbidității cu incapacitate temporară de muncă, readaptarea în muncă și recuperarea integrală a invalizilor de gradul III prin afecțiuni oculare sînt următoarele:

— Catagrafierea locurilor de muncă accesibile deficienților și invalizilor oculari;

— Păstrarea în evidențe speciale a deficienților și invalizilor de gradul III din întreprindere și dispensarizarea lor activă o dată pe lună;

— Cunoașterea și aplicarea articolului 29 al Legii nr. 3 din 1977;

— Cunoașterea și îndeplinirea sarcinilor ce le revin, privitor la activitatea în comisia de asigurări sociale și pensii din unitate;

— Urmărirea și sprijinirea multilaterală a adaptării sau readaptării în muncă a invalizilor de gradul III;

— Amenajarea și crearea de locuri de muncă potrivite pentru deficienții oculari (cu evitarea agresiunii aerocontaminanților, a accidentelor oculare și a eforturilor fizice și psihice mari), eventual transferul celor slab-văzători în cadrul cooperativelor „Munca Invalizilor";

— Asigurarea condițiilor corespunzătoare în activitate;

— Repartizarea deficienților oculari în tura întîia sau a doua de lucru;

— Schimbarea, după nevoie, a locului de muncă după principii oftalmoergonomice;

— Tratamentul imediat al recurențelor acute, după indicațiile specialistului oftalmolog;

— Rezolvarea oricăror probleme economice, sociale sau familiale care ar împiedica recuperarea;

— Sprijinirea deficienților și a invalizilor oculari pentru a se califica sau recalifica.

Recuperarea invalizilor de gradul II urmează proceduri recuperatorii în condiții de repaus profesional total. Ei sînt urmăriți în mod principal de către medici de specialitate oftalmologi.

În scrisoarea metodologică amintită, au fost sintetizate sarcinile ce le revin medicilor în cazul invalizilor oculari de gradul II; în esență ele constau în catagrafierea invalizilor oculari din teritoriul și dispensarizarea lor activă în vederea aplicării concrete și controlate a măsurilor recuperatorii complexe, necesare fiecărui bolnav în parte.

*

Rolul comisiilor județene de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă (CJEMRCM) în activitatea de evaluare și de recuperare a deficienților și/sau a invalizilor oculari. Prin aceste co-

misii este posibilă cunoașterea și luarea unor măsuri pentru scăderea morbidității cu incapacitate temporară de muncă prin boli oculare cronice (și alte boli), cît și a invalidității din teritoriu, respectiv din județul în care ele activează.

Sarcinile acestor comisii sînt cuprinse în Legile nr. 3, 4 și 5/1977 și în directivele aferente acestor legi.

Cînd se termină procedurile medicale oculare obișnuite și cînd începe recuperarea propriu-zisă? Privitor la aceste întrebări, părerile sînt împărțite. Unii afirmă că R. oculară cea mai bună — cea mai eficientă — este prevenirea îmbolnăvirilor oculare. Alții reduc recuperarea, în ansamblul său, la recuperarea medicală, alții o rezumă numai la orientarea sau îndrumarea profesională (respectiv la latura vocațional-profesională a recuperării), iar unii acționează numai în sensul recuperării socioprofesionale.

Pe baza unor observații îndelungate și a datelor din literatură, considerăm că procedurile recuperatori oculare trebuie să înceapă la patul bolnavului, de îndată ce s-au instalat — sau există perspective de instalare — a unor deficiențe morfofuncționale oculare, care îl vor împiedica să-și efectueze în continuare sarcinile cotidiene și/sau cele profesionale obișnuite. *Se urmărește în primul rînd, împiedicarea acționării factorilor ce constituie risc de invalidare.*

Plecîndu-se de la clasificarea cunoscută mai de mult, pentru profilaxia bolilor, în concordanță cu stadiul și obiectivul urmărit, activitatea de recuperare a deficienților vizuali, ca și a altor deficienți, ar putea fi ierarhizată în trei etape.

Recuperarea primară cuprinde acțiuni medicale și socioprofesionale, asupra bolnavilor oculari cronici sau a celor cu boli oculare acute, dar cu tendință de cronicizare, ce vizează combaterea factorilor ce constituie risc de invalidare. Se tratează intensiv boala de bază, în continuare se urmărește, în special, evitarea traumatismelor oculare, a atmosferei poluate și iritante, a infecțiilor cu tropsim ocular și a tuturor factorilor cu potențial agravant.

Recuperarea secundară se adresează deficienților cu tulburări morfofuncționale oculare constituite, invalidante, dar într-o fază posibil reversibilă a acestora, urmărindu-se ameliorarea acuității vizuale și/sau a cîmpului vizual, ori a altor deficite vizuale, eventual prin aplicarea unor aparate optice de mărit.

Recuperarea terțiară se adresează persoanelor cu efecțiuni oculare cronice, invalidante, ireversibile sau doar parțial reversibile, cu tulburări mari de vedere sau cu pierderea totală a vederii, prin

aplicarea măsurilor asupra cărora se va insista individualizat în funcție de bolnav și boală.

Căile recuperării. Procedurile recuperatorii trebuie să înceapă cît mai de timpuriu. *Precocitatea* începerii recuperării, *complexitatea* sa, sub aspect medical și socioprofesional, ca și *continuitatea* pe o perioadă lungă de timp (și după intrarea sau reintrarea deficientului în activitate /41, 93/) la care noi mai adăugăm *tehnicitatea*, sînt atribute ale unei recuperări științifice și deci eficiente. Azi se vorbește de recuperare „non stop".

Reușita acțiunii de recuperare depinde, în afară de boala de bază, de precocitatea începerii procedurilor recuperatorii, de capacitatea profesională, de perseverență, de mijloacele economice și tehnice de care dispune echipa de recuperare, precum și de gradul de cooperare al deficientului și a familiei sale, care, la rîndul său, depinde și de motivația psiho-economică și de particularitățile comportamentale ale persoanei ce a devenit subiectul recuperării. Acordînd întreaga solicitudine, epuizînd toate mijloacele de recuperare, se impune respectarea principiilor deontologice și de către bolnav. Se evită situațiile în care bolnavul ar fi înclinat să-și polarizeze preocupările asupra suferinței sale oculare sau ar solicita avantaje nejustificate. De mare importanță este primul contact al nevăzătorului cu profesorul de reabilitare, care mergînd la domiciliul său începe să-l îndrume în rezolvarea problemelor de toate zilele (Jerome R. Duham — 68).

Recuperarea are șansa de a fi pe deplin reușită numai cînd îndeplinește următoarele condiții: să fie efectuată științific; profesionalizarea deficientului să fie făcută în funcție de nevoile economiei naționale (sau regionale), de dorințele, aspirațiile și abilitățile sale, de modalitățile de profesionalizare, prin care se urmăresc însușirea de noi deprinderi și cunoștințe, cu mijloace cît mai moderne vizuale, auditive și tactilokinetice, predominant practice, atît în clasa de studiu cît și la locul de muncă în care lucrează sau urmează să lucreze deficientul; să se respecte principiile de oftalmoergonomie; să se stabilească modul de cooperare al acestuia și felul în care deficientul este ajutat să-și păstreze locul de muncă ales și să-și rezolve probleme socio-economice proprii și ale familiei sale.

H. Desai în India /34/ propune patru modele organizatorice ale reabilitării de bază: reabilitarea medicală precoce, reabilitarea la domiciliu, reabilitarea în mediul rural și reabilitarea nevăzătorilor vîrstnici.

VI.4. METODOLOGIA GENERALĂ A RECUPERĂRII CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA BOLNAVI OCULARI

Începerea recuperării este precedată de stabilirea diagnosticului clinic, a unor cuantificări, pe baza explorărilor funcționale, a gradului deficienței funcționale vizuale și aprecierea prognosticului sub toate aspectele sale (quo ad vitam, quo ad sanationem, quo ad longitudinem vitae, quo ad laborem), terminîndu-se cu prognosticul ocular, psihologic și social. Odată diagnosticul stabilit, se aplică procedurile medicale recuperatorii corespunzătoare, individualizate după deficiență și deficient.

Se continuă cu procedurile educativ-profesionale (școlarizarea generală și profesională), respectiv pregătirea deficientului pentru a putea efectua activitatea profesională aleasă. Pentru repartizarea în cel mai potrivit loc de muncă, este necesar să se cunoască *locul de muncă* sub aspectul solicitărilor energetice, locomotorii și de coordonare, psihice și senzoriale, în cazul nostru vizuale /93/. De asemenea, e necesar să se facă *investigația de teren* (la domiciliu, la locul de muncă sau la unitățile sanitare în care a fost tratat deficientul). Numai în această situație se poate vorbi de *recuperare totală*. Atunci cînd acest deziderat major nu poate fi atins, echipa de recuperare este nevoită să se limiteze la încadrarea parțială în muncă sau numai la redarea autoservirii, ori la redresarea fizică și psihică a deficientului, așa încît acesta să se adapteze la situația creată de deficiență; în aceste cazuri s-a realizat *recuperarea parțială*.

În concepția recuperării, deficiența este privită nu numai ca un dezechilibru biopsihic individual, ci ca o „insuficiență socială", o dezadaptare biologico-socială cu multiple implicații socioeconomice pe lîngă cele medicale (O. Berlogea — 10).

Recuperarea constituie o activitate de echipă, specializată, complexă, unitară ca obiective, dar poli- și interdisciplinară prin conținut, la care participă medici de specialitate, specialiști paramedicali, specialiști în terapia ocupațională și ergoterapie, precum și cadre de tehnicieni sociali. Prin această largă participare, recuperarea este, întocmai ca și expertiza medicală, o activitate „în colectiv" în care este asigurată atît competența cît și probitatea deciziilor luate.

Cadrele care participă la activitatea de recuperare a deficienților vizuali. Preocupările pentru formarea cadrelor necesare activității de recuperare sînt mai vechi. În 1972, s-a ținut la Sydney un Congres Mondial cu tema „Formarea și educarea personalului necesar activității de recuperare", unde s-au discutat categoriile de

cadre necesare activității de recuperare, precum și alte probleme ca: introducerea disciplinei de recuperare în învățămînt pentru toate grupele de cadre ce au sarcini în activitatea de recuperare (medici, surori medicale, tehnicieni sociali, tehnicieni ce efectuează diferite forme ale kinetoterapiei, balneofizioterapiei și gimnastica medicală).

Este de înțeles că R. trebuie să se facă în orice loc unde se tratează bolnavii cronici — *în staționar* sau în oricare *dispensar-policlinic* — acționîndu-se, așa cum s-a mai spus, asupra restantului morfofuncțional ocular.

Următoarele cadre sînt necesare procesului de recuperare oftalmologică (existente în actuala noastră organizare sanitară):

— *Medicii de specialitate oftalmologi,* fără contribuția cărora nu se poate concepe recuperarea;

— *Medicii de specialitate în evaluarea și recuperarea capacității de muncă;*

— *Medicul director al Direcției sanitare* sau înlocuitorul acestuia;

— *Medicul unității unde lucrează bolnavul;*

— *Tiflologi* (specializați în crearea și utilizarea aparatelor necesare ambliopilor sau nevăzătorilor);

— *Medicul psihoterapeut și cel de medicina muncii;*

— *Cadre administrative și sindicale.*

Alți specialiști ce participă în echipa de recuperare. *În domeniul medical și de îngrijire mai participă personalul mediu și cel profilat în pleoptică-ortoptică, infirmieri, tehnicieni în balneo- și fizioterapie* (pentru efectuarea diferitelor tehnici medicale, ca aplicarea de unde scurte, diatermie, ultrasunete etc.).

Inginerii pentru tehnici biomedicale (bioinginerii) sînt specialiști în construirea și perfecționarea unor aparate care ajută și respectiv perfecționează funcțiile deficitare.

În *domeniul școlar și pedagogic,* iau parte următcarele cadre (59, 85, 151, 153/:

— Învățători și/sau educatori ori profesorii care educă copii nevăzători sau ambliopi în grădinițe și școli speciale;

— Îndrumători de educație, care-i ajută să-și dezvolte personalitatea și independența (echivalenți funcțional cu diriginții ce activează în clasele obișnuite de elevi);

— Pedagogi specializați în corectare spirituală și comportamentală;

— Pedagogi sociali, în calitate de conducători ai copiilor și tineretului în diferite cămine culturale pentru copii și adolescenți, case de cultură, grădinițe, școli etc.;

— Psihologi cu sarcinile înainte amintite.

În încadrarea profesională intervine pe prim plan *oftalmoergoterapeutul și oftalmoergonomul* /90/ care fac, împreună cu medicul oftalmolog și medicul de întreprindere, planul de ergonomizare a locului de muncă și pe cel de activitate concretă pentru fiecare bolnav în parte, în funcție de restantul existent în prezent și de cel evaluat în perspectivă și în funcție de aspirațiile, abilitățile atît în profesiunea actuală cît și în cea viitoare. Prin ergoterapie se urmăresc efecte psihice și fizice. Cele psihice se referă la creșterea încrederii bolnavului în forțele proprii, prin aceea că reușind în unele activități, el își dă seama că poate face mai mult; iar în cele fizice, că prin exerciții, crește în mod real abilitatea sa, prin compensarea și adaptarea funcțiilor sale restante (în special prin dezvoltarea simțului auditiv și al celui tactil-kinestezic).

Îndrumătorii profesionali sînt tehnicieni care posedă cunoștințe în probleme de medicina muncii, psihologie și pedagogie socială. Ei au sarcina de a ajuta deficienții pentru a se reîncadra în activitate. În același sens, activează îndrumătorii sau sfătuitorii de muncă, îndrumătorii tehnicieni și educatorii muncii.

Mijloacele profesionale de recuperare se pot aplica corespunzător în activitatea practică și în unitățile actuale industriale de la noi, dacă sînt asigurate măsurile organizatorice corespunzătoare și dacă s-a efectuat pregătirea, în acest sens, a cadrelor din dispensarele de întreprindere.

În domeniul social acționează *tehnicienii sociali,* pe lîngă spitale și policlinici. Ei se preocupă de rezolvarea variatelor probleme sociale ale deficienților și de crearea condițiilor socio-economice care ușurează recuperarea acestor deficienți. În cadrul asistenței sanitare din țara noastră, aceste sarcini sînt îndeplinite de către asistenți sociali care au o pregătire postliceală, în acest sens, și care activează în cadrul dispensarelor din policlinici și în cabinetele de expertiză medicală. Sarcinile acestor tehnicieni se referă la cunoașterea și rezolvarea problemelor sociale ale nevăzătorilor care îngreunează procedurile de recuperare. Astfel, acordarea, în situații speciale, a unor ajutoare medicale sau în bani, sprijinirea pentru obținerea unor dispozitive optico-auditive sau a unor locuințe corespunzătoare ca igienă sau ca distanță pînă la locul de muncă, încadrarea în activitate a unui membru de familie etc. sînt elemente importante care ușurează procesul de recuperare a persoanei handicapate.

Sînt necesare *construcții cu anumite puncte de reper și de sprijin pentru nevăzători.*

S-au specializat cadre pentru activități sportive și petrecerea în mod plăcut și util a timpului liber pentru nevăzători sau alți deficienți.

Cu mult succes acționează, în acest sens, asociațiile pentru sprijinul nevăzătorilor și asociațiile nevăzătorilor. În acțiunea de R. mai intervin și activiști sociali voluntari, ce și-au propus să ajute nevăzătorii în diferite împrejurări.

VI.5. COMBATEREA FACTORILOR CE CONSTITUIE RISC DE INVALIDARE PENTRU BOLNAVII OCULARI

În ultimele decenii, în care medicina profilactică s-a impus ca o necesitate obiectivă și prioritară, se acordă o atenție deosebită factorilor de risc. Aceștia, acționînd pe o perioadă mai îndelungată asupra anumitor organe cu deficiențe în sistemul de apărare-adaptare, pot crea condiții pentru apariția anumitor îmbolnăviri.

Pentru a delimita, individualiza și demonstra factorii de risc pentru anumite boli, s-au efectuat diferite cercetări. Astfel, s-au precizat factorii de risc și pentru bolile oculare, care, combătuți în timp util și consecvent, sînt în măsură să ducă la scăderea îmbolnăvirilor. *În epoca actuală, se recunoaște rolul nociv al accidentelor oculare (în producție sau de circulație), al aerocontaminanților minerali sau biologici, în apariția și dezvoltarea, spre invalidare, a bolilor oculare, ca urmare a proceselor inflamatorii pe care le determină, de asemenea a bolilor metabolice și a unor substanțe toxice pentru ochi.* Problema factorilor de risc în oftalmologie a fost abordată, pentru prima dată la noi în țară, la Simpozionul organizat la Oradea în 10 octombrie 1980.

Factorii de risc cu potențial invalidant sînt: *biologici, sociali* și *profesionali.*

Factorii de risc biologici acționează ca urmare a unor deficiențe ereditare, boli congenitale și boli cîștigate, între care se disting cele profesionale și accidentele în muncă sau în afară de muncă; uneori ei se alătură bolilor obișnuite cu cauză exogenă: virală, microbiană, micotică, fungică etc.

Factorii de risc profesional sînt din ce în ce mai bine evidențiați și apar ca urmare a lipsei condițiilor oftalmoergonomice de muncă.

Cei mai reprezentativi și unanim recunoscuți, în această categorie, sînt factorii care determină bolile profesionale.

Un factor principal de risc profesional pentru îmbolnăviri, creșterea morbidității cu incapacitate temporară de muncă și pentru creșterea invalidității prin boli oculare este *neefectuarea sau efectuarea superficială a examenului medical la încadrarea în muncă și/sau a examinărilor periodice* în secțiile care prezintă risc profesional de îmbolnăvire și care, dealtfel, sînt codificate de Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii.

Prin examenul de angajare, persoanele cu deficiențe vizuale și cele cu tulburări de refracție, nu trebuie să fie orientate către locurile de muncă cu suprasolicitări profesionale vizuale și/sau posibilități de accidente oculare. Aceste persoane, care sînt mai întotdeauna tineri, trebuie orientate către profesiuni corespunzătoare capacității lor vizuale.

Trebuie excluși și factorii care agresionează prin suprasolicitări ale efectorilor muncii profesionale cum ar fi: postura statică, suprasolicitarea văzului, a auzului, a atenției, stresurile psihice violente la locul de muncă etc. Nerespectarea alimentației regulate, a odihnei, a somnului sau a altor ritmuri biologice circadiene, săptămînale sau anuale, pot constitui factori patogeni.

Lipsa dispensarizării active a bolnavilor oculari cu boli cronice cu potențial evolutiv, constituie un risc potențial de creștere a morbidității cu incapacitate temporară de muncă și a invalidității bolnavilor respectivi /100/.

Factorii de risc sociali sînt reprezentați de acele elemente din societate care influențează nociv prin intensitatea, prin sumarea lor și prin acțiunea lor nocivă prelungită. Aici sînt cuprinși toți acei factori stresanți negativi. Subliniem că trebuie luați în considerație numai acei factori care devin nocivi prin intensitate și prin repetiție epuizantă.

VI.6. ACȚIUNI RECUPERATORII

Se descriu trei moduri de acțiuni recuperatorii: acțiuni medicale și biologice; acțiuni vocațional-profesionale; și acțiuni sociale. Aceste acțiuni recuperatorii nu sînt obligatorii la fiecare deficient; se procedează strict individualizat. Pentru tineri, sînt deosebit de importante laturile medicale și vocațional-profesionale ale recuperării, în timp ce pentru persoanele adulte sînt mai importante acțiunile medicale; în cazul persoanelor cu vîrstă înaintată primează cele medico-sociale.

VI.6.1. **Acțiunile medicale de recuperare**

Urmăresc, în funcție de momentul cînd sînt aplicate, stingerea procesului patologic generator de deficiențe morfofuncționale, creșterea restantului morfofuncțional, compensarea și/sau adaptarea funcțiilor deficitare, în raport cu faza evolutivă a bolii /67 ș.a./.

În perioada de început a bolii se tinde spre „recuperarea primară" cu „restitutio ad integrum" prin mijloace terapeutice în care medicația, repausul, la un grup de afecțiuni, intervențiile chirurgicale, au un rol primordial. Precocitatea aplicării tratamentului este una din premisele vindecării bolii.

VI.6.1.1. *Tratamentul medicamentos*

Se aplică după nevoie: local, general și mixt (local și general). El poate fi *etiologic* — atunci cînd aceasta se cunoaște, spre exemplu în afecțiunile microbiene cu germeni cunoscuți —; *patogenetic* sau mai bine *etiopatogenetic*, posibil în cazul bolilor alergice. În lipsa acestor posibilități sau în prezența unor simptome dominante și supărătoare, se face un tratament simptomatic. Ritmul administrării medicamentelor trebuie să fie foarte regulat.

În mod uzual, la bolnavii oculari se folosesc *colirele*. Acestea sînt preparate sterile, a căror acțiune se exercită, cel mai des, pentru o scurtă perioadă de timp: în 30 de minute acțiunea farmacodinamică de suprafață dispare, acționînd în continuare în profunzimea țesuturilor /76, 158/. Colirele se împart în două mari categorii: *lichide* (apoase sau uleioase) și *moi* (alifii, unguente).

Toate trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

— Substanța activă trebuie să fie resorbabilă de țesuturile oculare;

— Să fie bine tolerate (să nu dea fenomene iritative);

— Să nu se altereze ușor; trebuie precizat că antibioticele în colir lichid își pierd eficacitatea în cîteva zile;

— Să nu fie infectate (să fie sterile). Infecțiile microbiene ori fungice ale colirelor compromit acțiunea lor terapeutică și pot afecta membranele oculare; din acest motiv, în componența multor colire intră și dezinfectante ușoare;

— Pe cît este posibil, substanța activă trebuie omogen dispersată în colir; în cazul celor insolubile este bine să se adauge substanțe suspensoare ca metilceluloza.

— pH-ul colirului trebuie să fie cît mai apropiat de cel al lacrimilor (7,4—7,7).

pH acid este mai nociv pentru că poate determina scăderea indicelui de integritate a corneei prin reducerea fluxului de oxigen (Leo C. Carney Melbourne 7. Fr. Opht., 1980, 3, 2, p. 127).

Colirele uleioase sînt preferate cînd se urmărește prelungirea absorbției medicamentului sau acțiunea substanței active.

Administrarea unui colir antimicrobian este precedată de prelevarea și examinarea secreției din fundul de sac conjunctival.

Există mai multe feluri de colire:

— *Antiinfecțioase,* care se administrează ritmic, 4—10 picături pe zi; într-un colir antiinfecțios se elimină asocierea anestezicilor și corticosteroizilor;

— *Antiseptice,* de tip Biocidan^{R}, se administrează în cure scurte, de 10—15 zile;

— *Cu sulfamide:* Gantrisinele, sulfacetamidele^{R}, în sol. 30%; noi dispunem de un colir tipizat cu sulfacetamidă 10%;

— *Cu antibiotice* (administrate după antibiogramă). Mai des folosite sînt: Penicilina, Néomycina^{R}, Rifamycina^{R}, Staphylomycina^{R}; în injecții perioculare se utilizează eficient Gentamicina^{R};

— *Cu bactericide:* Didrosulfonul care conține streptomicină și sulfamidă; are acțiune bactericidă cu spectru larg;

— *Antivirale* de tip Iduviran^{R}, blocante al reproducerii virale (IDN); Dendrid (Indoxuridine$^{(I)}$, Stoxil), Kerecid;

— *Colire corticosteroide* cu acțiune rapidă și eficientă, de tip Hidrocortizon în sol de 1%;

— *Colire anestezice* care se administrează numai în scopul ușurării explorărilor oculare și a intervențiilor pe tunica externă;

— *Colire cu acțiune asupra pupilelor:* midriatice (atropina, homatropina, Mydrum etc.); miotice: pilocarpina și derivații de colină (Acetilcolina$^{(R)}$, ezerina, mintacol, DFP);

— *Colire cicatrizante* de tip Kératyl^{R} ș.a.;

— *Colire antiglaucomatoase:* colire miotice, medicație colinergică, agenți osmotici, inhibitori ai anhidrazei carbonice, betablocante, adrenalinice (EPPY), care conțin adrenalină și acid boric, indicate în glaucomul cu unghi deschis;

— *Colire „umidifiante"* în boala „sicca": Isopto-Larmes$^{(R)}$, Dacrine^{R}; la noi dr. Cecilia Moteș, de la Inst. Central de biologie, a preparat lacrimi artificiale din colostru uman /169/.

— *Colire „anticataractă"* (mulți le neagă eficacitatea); La noi există Vitaiodurol trifosfadenine (preparat francez) și Colvitiod, preparat românesc, produs de BIOFARM București.

Medicamente antifungice de tip Fungizone$^{(R)}$, în colir; mycostatinul ș.a.

Colirele moi (alifii și unguente) se aplică în fundul de sac conjunctival, sînt grăsoase (vaseline) și au o acțiune antiseptică, unguent cu oxid galben de mercur 2% sau antibiotice (Aureomycina[R], Kanamicina ș.a.); asociate cu corticosteroizii, au și acțiune antialergică și antiinflamatorie. La noi există unguente cu pilocarpină nitrică 2%, unguente oftalmice cu kanamicină sau cu kanamicină și hidrocortizon, unguente cu oxid galben de mercur, Corticinul (unguent oftalmic conținînd bacitracină și hidrocortizon acetat) și unguente oftalmice cu triamicinolon și neomicină. Se simte nevoia multiplicării și diversificării preparatelor noastre cu utilizare oftalmologică.

Injecțiile se administrează local, periocular, subconjunctival, în afecțiuni ale polului anterior, latero sau retrobulbar (în boli coriodo-retiniene, ale vitrosului și ale nervului optic). Injecția este precedată de anestezie locală cu un colir (Novésine[R], Xilină). Majoritatea acestor preparate sînt fie corticosteroide solubile (Soludécadron[R]), antibiotice (Gentalline[R], Tifomycina[R]) ori vasodilatatoare (perifen, priscol, tolazolin), NaCl 2%.

Autorii sovietici aplică, și au vastă experiență în terapia oftalmologică, prin electroforeză.

Medicația generală în oftalmologie cuprinde toate medicamentele utilizate în patologie, aplicate individualizat.

Ca medicamente indicate aproape exclusiv de oftalmologi, trebuie menționate, la noi, Heligalul și ETO. *Heligalul* se prezintă în drajeuri ce conțin xantofil palmitat 5 mg. Se administrează în cecitatea nocturnă (hemeralopie) și diurnă (nictalopie), mai ales în condiții de lucru la întuneric (mineri) și la cei expuși la orbire prin iluminare bruscă (conducători auto) și în retinopatii pigmentare, cîte 1—4 drajeuri pe zi /158/.

Medicamente administrate pe cale mixtă, locală și generală

Un medicament specific ocular administrat pe cale locală și generală, sub formă de injecții subcutanate, este ETO (extras total de ochi bovin) preparat al profesorului P. Vancea, preparat căruia i s-a descris o acțiune trofică asupra ochiului /145/.

Autorii polonezi (W. I. Kapucinski), la al 90-lea Congres al Societății Franceze de Oftalmologie, care a avut loc la Paris, între 6 și 9 mai, 1984, comunică rezultatele bune obținute (acuitate, cîmp și adaptogramă), la jumătate din cele 64 cazuri cu degenerescențe retino-coroidiene, tratate cu ETO.

Interferonul a fost aplicat în keratoconjunctivitele herpetice.

Piretoterapia ocupă un loc important în terapia bolilor oculare endogene și exogene.

Acupunctura a fost aplicată în oftalmologie la noi de I. Vișan și Elena Dimoftache, concluzionînd că această terapie *nu* exclude, ci se asociază celorlalte (medicală, chirurgicală, igieno-dietetică). Autorii citați au pus la dispoziție un tabel de afecțiuni în care e indicată acupunctura în ordinea eficienței terapeutice: migrene, rezultate bune în procente 68%, dureri oculare, 64%, lăcrimare, 61%, keratoconjunctivite, 50%, degenerări retiniene, 40% /168/.

La Clinica de Oftalmologie din Spitalul Militar Central București s-au efectuat intervenții sub anestezie prin hipnoacupunctură /169/.

Pe lîngă tratamentul medicamentos se impune:

Repaus vizual necesar în multe afecțiuni oculare pe durata evoluției procesului patologic. El poate să fie doar profesional, cînd bolnavul primește concediu medical, sau poate fi un repaus vizual total, cînd se extinde și în afara activității profesionale.

Alimentația bolnavilor oculari trebuie să fie rațională, adică să corespundă nevoilor organismului în cauză și să considere totodată boala de bază, oculară sau generală, în cadrul căreia aceasta evoluează. În bolile carențiale oculare se administrează un regim bogat în substanțele în care organismul a fost carențat (vitamina A mai frecvent).

În literatura recentă de specialitate se insistă asupra necesității unui aport mărit de zinc în alimentația bolnavilor oculari, plecîndu-se de la constatarea că acest oligoelement, cu concentrația cea mai mare din organism la nivelul globilor oculari, contribuie la elaborarea a cel puțin 80 enzime și la sinteza vitaminei A.

Zincul se găsește în carnea de vită, pește, lapte, gălbenuș de ou, legume proaspete, nuci. De acestea au nevoie în special bolnavii cu hemeralopii, nevrite optice, saturnism, și cei ce urmează un tratament cu etambutol.

Bolnavilor oculari le este indicat și un aport alimentar sporit de vitamina C, care mediază schimburile în țesuturile avasculare (cornee, cristalin, vitros).

VI.6.1.2. *Corecția optică*

Prescrierea de lentile este o terapie specific oftalmologică. Prin utilizarea lentilelor se urmărește ameliorarea cantitativă și calitativă a imaginilor formate pe retină. În principal o corecție trebuie să fie științific făcută și — obligatoriu — periodic controlată /20,

115 ș.a./. Prin corecția optică, un număr de bolnavi pot ieși din cadrul lotului de handicapați.

Recuperarea prin corecție optică a acuităților vizuale scăzute datorită defectelor de refracție va fi expusă în partea specială.

VI.6.1.3. *Tratamentul pleoptic și ortoptic*

Tratamentul pleoptic are ca scop stimularea funcției ochiului ambliop.

Ambliopia — vedere scăzută cu substrat organic sau cu leziuni foarte mici — este prezentă în 50% (Hugonnier), pînă la 75% (P. Cernea) din strabisme. Cu marile progrese din ultimele decenii, datorate în special școlii elvețiene (Bangerter), a celei germane (Cüppers) și franceze (Thomas), s-au abordat noi căi și noi mijloace tehnice, înregistrîndu-se progrese mari în tratamentul ambliopiei.

Prin combaterea ei, se urmărește: recuperarea vederii ochiului ambliop, deci, suprimarea situației de vedere monoculară care aduce foarte multe prejudicii subiectului; deschiderea perspectivei restabilirii vederii binoculare cu avantajele ei; împiedicarea acomodării senzoriale defectuoase la poziția defectuoasă a axelor vizuale (corespondența retiniană anormală).

Sînt situații în care tratamentul pleoptic-ortoptic precede și apoi succede celui chirurgical.

Trei premise sînt esențiale în aplicarea cu rezultat pozitiv a tratamentului pleoptic: tratament cît mai timpuriu și perseverent; utilizarea mijloacelor adecvate situației senzoriale, vîrstei, situației motorii, psihice, familiale și sociale a copilului; control atent și riguros al efectului obținut.

Pentru a împiedica ambliopizarea sau a o înlătura, dacă s-a instalat, tratamentul pleoptic trebuie să urmărească stimularea prin solicitarea funcției ochiului slab. Mijloacele sînt: medicamentoase, optice, instrumentale. (vezi vol. II).

Tratamentul ortoptic se aplică cu scopul de a stabili și consolida vederea binoculară normală. El urmărește riguros cele trei grade succesive și progresive ale vederii binoculare: vederea (percepția) simultană; fuziunea; vederea stereoscopică.

În prima sa etapă de realizare, a stadiului I *al vederii binoculare,* tratamentul ortoptic îl continuă pe cel pleoptic, urmărind suprimarea neutralizării. Prin utilizarea mirelor mici, lumină alternantă și filtru roșu, se stimulează mai intens regiunea maculară. Se utilizează sinoptoforul.

Dificultatea cea mai mare ce poate fi întîlnită în tratamentul ortoptic este corespondența retiniană anormală, în care există vedere binoculară, dar aceasta este realizată prin asocierea funcției maculei ochiului fixator cu un punct extramacular al ochiului deviat — pseudomacula — care preia funcția maculei adevărate (anatomice) scoțînd-o pe aceasta din activitate. În aceste cazuri, exercițiile se aplică cu scopul de a stinge falsa mâculă și de a stimula macula adevărată la ochiul strabic.

Etapa a doua, *fuziunea,* este esențială în obținerea vederii binoculare. Tot cu ajutorul sinoptoforului se urmărește mărirea amplitudinii de fuziune, utilizînd mire de gradul II care au mici detalii, diferite, și care permit tehnicianului ortoptist să aprecieze desfășurarea actului de fuziune; aplicîndu-se lentile la sinoptofor se mărește amplitudinea de fuziune atît în convergență cît și în divergență.

Faza a treia, *vederea stereoscopică,* se realizează tot la sinoptofor utilizîndu-se mirele de gradul III (stereograme). La început se întîmpină greutăți pentru că strabicul este obișnuit să aprecieze relieful cu un singur ochi. Inversînd, în timpul exercițiilor, poziția stereogramelor se întărește capacitatea de a aprecia relieful sau profunzimea în vedere corectă, binoculară. Pentru consolidarea vederii *stereoscopice* sînt, pe lîngă sinoptofor, și alte aparate construite în acest scop, între care stereocorectorul.

Dacă ne convingem de o bună reprezentare a reliefului putem aprecia că s-a obținut o vedere binoculară.

VI.6.1.4. *Chirurgia oculară*

Se poate face aprecierea că peste jumătate dintre bolile oculare severe beneficiază de un tratament complex medical și chirurgical.

Structurile fine, mijloacele perfecționate de explorare a acestor structuri au impus o chirurgie la fel de fină care se practică optim, recent, sub microscop.

Microchirurgia oculară abordează, în epoca noastră, majoritatea elementelor anatomice — cornee, iris, cristalin, retină, vitros și, în unele cazuri, anexele globului.

Importanța care se acordă în zilele noastre microchirurgiei în oftalmologie este atestată de faptul că, în octombrie 1979, a avut loc la Roma, Simpozionul cu tema „Microchirurgia oftalmologică".

O serie de probleme privitoare la „chirurgia reparatorie și reconstructivă a ochiului și anexelor sale", au fost dezbătute la a

II-a Conferință Națională a Societății de Oftalmologie din țara noastră, care a avut loc la București în zilele de 21—22 septembrie 1979.

A III-a Conferință Națională de Oftalmologie desfășurată la București între 9 și 21 septembrie 1985 a avut ca temă: „Chirurgia estetică, plastică și reconstructivă în oftalmologie". În cadrul ei, a fost organizată și o expoziție de aparatură oftalmologică românească ce a inclus și laseri fabricați în țară /169/.

Introducerea laserului în microchirurgia oculară semnifică un enorm progres tehnic și terapeutic. Intervențiile sub microscop permit un act operator foarte precis și mult mai bine controlat.

Antibioterapia, cunoștințele noi în domeniul histocompatibilității, crioterapia, utilizarea laserilor și a ultrasunetelor, perfecționarea instrumentarului, a tehnicilor operatorii, progresele în confecționarea protezelor (cornee, cristalin artificial, facokeratoproteze ș.a.) și utilizarea microscopului în timpul intervențiilor au făcut să sporească mult numărul și calitatea recuperărilor în oftalmologie, prin actul chirurgical.

Cu toate aceste progrese remarcabile, oftalmologul, fiind în primul rînd clinician, trebuie să știe, la fel de bine, cînd *nu* se poate face operația și anume atunci cînd ochiul și organismul bolnav *nu* are capacitatea de refacere.

Primul loc îl ocupă sechelele inflamațiilor incomplet stinse și dezlipirile de retină cu medii tulburi, ce nu permit reperarea tuturor leziunilor (rupturi); în acestea precipitarea actului operator — uneori la insistența bolnavilor — le anulează acestora și ultima șansă de recuperare.

Și crioextracția cristalinului, intervenție curentă în serviciile noastre pentru rezolvarea cataractelor, efectuată sub microscop, redă, într-un număr mult mai mare de cazuri, integral vederea bolnavilor, care pînă la operație au fost incapabili să se autoservească.

Facokeratoprotezarea, care se poate efectua numai sub microscop, permite recuperarea operatorie a bolnavilor purtători de două opacități invalidante: corneene și cristaliniene, cazuri considerate în trecutul apropiat nerecuperabile.

„Chirurgia vitrosului" a fost subiectul ședinței anuale a Societății franceze de oftalmologie 1978.

Intervențiile pe vitros se efectuează în marile centre oftalmologice de la noi din țară. Chirurgia vitrosului poate fi apreciată ca temerară, deoarece se adresează elementului globului pe care, nu demult, specialiștii îl considerau inabordabil.

Este de la sine înțeles că această microchirurgie oftalmologică — termenul semnifică chirurgia structurilor microscopice și folosirea microscopului operator — impune o foarte temeinică pregătire și experiență profesională pentru selecționarea cazurilor și instituirea tuturor măsurilor în scopul obținerii rezultatului optim, precum și, indiscutabil, dotare adecvată.

La noi în țară, în centrele universitare și județene, s-a asigurat, prin investiții, dotarea pentru efectuarea sub microscop a majorității intervențiilor chirurgicale din sfera oculară.

Se prevede dotarea cu laser a secțiilor de oftalmologie din toate spitalele județene unde există biomicroscop Zeiss (R.D. Germania) (M. Olteanu, Rev. Oft. București 1/1983).

Anestezia și reanimarea modernă au contribuit mult la progresul chirurgiei oftalmologice din ultimele decenii. În multe cazuri de recuperare a bolnavilor oculari prin intervenție chirurgicală, aportul medicului anestezist este egal cu al oftalmologului operator.

În convalescență și în perioada de stabilizare a bolii se continuă tratamentul de întreținere sub controlul specialistului, în plus se pune accentul pe exerciții de stimulare a vederii, pe fizioterapie, în cazuri indicate pe balneo-climato-fizioterapie, cultură fizică medicală, psihoterapie, artterapie, iar dacă boala se cronicizează, se adaugă ergoterapia și terapia ocupațională. Pe toată perioada de boală se combate durerea, cunoscut fiind că atît timp cît bolnavul acuză dureri recuperarea nu are șansă de reușită.

Obținerea cooperării bolnavului și a familiei sale constituie o condiție esențială pentru reușita recuperării deficienților vizuali.

VI.6.1.5. *Antrenamentul vizual și fizic*

Antrenamentul vizual rațional este un important mijloc pentru creșterea capacității optice a celor cu vederea scăzută. El se efectuează prin exerciții pleoptice care, de cele mai multe ori, necesită cadre de specialitate și o aparatură proprie. Prin exerciții de fixare și lectură (metoda Otto) în Clinica Oftalmologică din Cluj, se recuperează acuitatea vizuală scăzută ca urmare a unor procese degenerative senile retiniene /109/. Există însă și posibilități de exerciții pe care le fac și nespecialiștii dintre care menționăm: antrenarea corelațiilor analizorului vizual cu ceilalți analizori: tactilkinestezic (I. Marcu — 83) și auditiv (Angela Albu — 2); se urmărește antrenarea sistemului proceselor psihice în ajutorul funcției vizuale; ameliorarea materialelor didactice folosite: tabla, stelajele, textele speciale tipărite, hărțile, iluminatul și felul de predare cît mai potrivit pentru stimularea vederii. Observațiile efectuate la elevii

școlii de ambliopi din București arată creșterea treptată a AV odată cu vîrsta, în funcție de cooperarea elev-educator și de respectarea programului de recuperare, condus de oftalmolog (M. Ștefan și colab. — 141).

Antrenamentul fizic — senzorial, manual și gestual se bucură de o mare apreciere în recuperarea nevăzătorilor. Iată cum vede această problemă A. Geffrier /51/: „Educația manuală în cadrul școlar este o educație în sensul cel mai larg al termenului, care presupune o educație senzorială simultană și nicidecum un învățămînt profesional".

Educația senzorială *constă în activarea fiecărui simț izolat înainte de a trece la o activitate care antrenează concomitent mai multe simțuri. Apoi se începe munca manuală, care constă din a efectua, crea și a realiza ceva cu mîinile.* Absența datelor vizuale conferă o importanță primordială celorlalte simțuri, de unde derivă rolul esențial al dezvoltării precoce a educației senzoriale. Aceasta se face acasă, de persoanele din mediul înconjurător al copilului și la grădinița de copii. Pentru fiecare simț se utilizează aceeași progresie: diferențierea, recunoașterea, trierea, asamblarea, nuanțarea și clasarea.

Educația auzului la handicapații vizuali poate realiza performanțe deosebit de mari.

Pentru dezvoltarea simțului auditiv — foarte important pentru compensarea handicapului vizual — se organizează jocuri cu copiii, folosind semnalizarea cu un mic clopoțel. Se exersează, de asemenea, recunoașterea zgomotelor, a sunetelor (grave și ascuțite) și a timbrelor instrumentelor de muzică; se poate utiliza cu succes radioul, copiii interesîndu-se de ritm din cea mai fragedă copilărie. Sînt perspective de dezvoltare a muzicografiei braille /8/.

Simțul tactil. Datorită simțului tactil se elaborează, în creierul nevăzătorului, ideile pe care și le face despre obiectele din jur. Acesta trebuie să fie învățat să palpeze prin atingere ușoară. *Jocurile trebuie să fie variate pentru a stimula simțul tactil al copilului nevăzător. La început i se dezvoltă ideea de neted și de aspru, apoi se utilizează diverse materiale pe care trebuie să le recunoască: glaspapir, plastic, catifea etc.* Acesta nu este decît unul din aspectele simțului tactil, alcătuit din mai multe componente:

Simțul stereognozic oferă posibilitatea de a recunoaște formele (cub-sferă).

Simțul baric îi permite să aprecieze greutățile prin comparație.

Simțul de consistență îl ajută să deosebească un corp de altul, prin proprietățile lor (trebuie să învețe să cunoască elasticitatea

cauciucului în raport cu pasta moale de modelat sau cu o minge dură).

Cu ajutorul senzațiilor calorice recunoaște un corp, prin conductibilitatea lui (fier, lemn, lînă).

Senzațiile pedestre indică pe ce fel de sol merge (nisip, pietriș, teren ud, teren în pantă).

Se urmărește amplificarea *simțului olfactiv* pentru a diferența mirosurile (oțet ș.a.), apoi parfumurile.

Pentru dezvoltarea simțului gustativ se fac exerciții de degustare a corpurilor cu același aspect tactil (zahăr, sare, făină).

Educația manuală. Educația manuală necesită „dezvoltarea manipulației" pentru a se servi, cu bună știință, de propriile mîini. Manipulația se învață progresiv în viața curentă, printr-o muncă gradată și dirijată, izolînd fiecare element pentru a cîștiga dexteritate într-un anumit domeniu.

Dacă munca manuală formează manualitatea în comparație cu munca intelectuală, care dezvoltă inteligența, ea face totuși apel și la aceasta din urmă, fiind educativă în ansamblul ei. Prin exerciții manuale se poate cîștiga obiceiul îngrijirii, al preciziei și al organizării activităților, calității practice indispensabile nevăzătorului.

Adaptarea necesită o selecție între diferitele tehnici, materii și modele, dar copilul nevăzător trebuie învățat, de asemenea, să accepte controlul metodei. *Deși munca manuală a nevăzătorului este considerată la același nivel cu alte discipline, trebuie evitată orice superficialitate și „amatorism" în acest domeniu. Munca manuală dezvoltă simțul indispensabil esteticii, și-l face pe copilul nevăzător capabil să aprecieze și să realizeze cu mîinile lui un lucru frumos.*

Tehnicile activității manuale sînt foarte variate, fie utilizabile direct, fie cu ajutorul unor anumite adaptări. Unele sînt comune pentru băieți și fete, altele sînt specifice. Posibilitățile de reprezentare și de realizare a desenului fiind limitate, se utilizează unele procedee pentru a scoate desene în relief. Vom încerca să întocmim o nomenclatură, desigur incompletă, a diferitelor tehnici grupate pe genuri: înșirare, șnuruit, modelaj, pliere, decupare, lipire, mozaic, pictură pe obiecte etc.

Există tehnici care utilizează o materie specială, rafia, nuielele, corzile, mulajele de ghips, olăria etc.

Materiale interesante în mod special pentru nevăzători sînt plăcile cu noduri (gen Colorédo), sistemul Boniéky (forme plastice care aderă pe o placă din material plastic), planșa adaptată pentru desen în relief pe hîrtie celofan (forme geometrice, planuri, scheme).

Dintre operațiile speciale pentru fete menționăm: tricotajul, tapiseria, țesătoria, croitoria, plus *învățămîntul menajului:* menaj, spălat, bucătărie simplă, plierea lenjeriei.

Nevăzătorii trebuie învățați să facă *mici reparații casnice:* radio, telefon, tîmplărie ș.a., completate cu *lucrări de aplicație în clasă:* calcul (măsurarea clasei), geometrie (figuri în relief), geografie (hărți în relief).

Educația gestului. Scopul educației gestului este de a învinge frica, de a achiziționa ușurință în mers, mișcări și ținută. Această educație dezvoltă calități fizice (respirație, musculatură) și calități morale (fermitate, voință). Pentru a-și însuși obiceiuri de ținută și de bună prezentare, trebuie să li se facă cunoscute o serie de date de anatomie și predate o serie de noțiuni precise asupra spațiului (orizontală, verticală, distanța, direcția). După ce se adaptează la tehnicile de lucrări manuale, se ridică cerința de a li se educa gestul. Această adaptare este în funcție de metodă. Dat fiind că nu se poate recurge la imitație, în cazul copiilor nevăzători trebuie să se facă apel la inteligență, pentru înțelegerea explicațiilor profesorului. Elevul trebuie să aibă încredere în profesor pentru ca să ajungă la executare și la repetiție, dacă dorește ca exercițiul să fie fructuos.

Educația gestului se achiziționează prin diferite exerciții: de ritmică, gimnastică (mimarea mersului unui animal, mlădiere), atletism (fugă, aruncare, cățărare), activități în aer liber, exerciții în sală și pe stadion, dans (clasic și popular), sport (ciclism, natație, echitație).

Fără să se poată atinge faze competiționale, aceste exerciții constituie o destindere și o bună pregătire pentru viață. În afară de aceasta, activitățile manuale și exercițiile sînt mijloace de expresie de care toți au nevoie pentru a se afirma în „lumea nevăzătorilor".

VI.6.2. Psihoterapia în activitatea de recuperare a deficienților vizuali

Psihoterapia, care se impune mai ales la deficienții vizuali gravi, poate să fie efectuată de un cadru medical specializat sau de un psihoterapeut. Acesta urmărește să aducă bolnavul în situația de a colabora cu membrii echipei de recuperare, în scopul echilibrării sale psihice și acomodării sale la situația creată de boală. Acomodarea este considerată de S. Nitsch /107/ ca „nucleul acțiunii de recuperare", ce solicită o interacțiune reciprocă între deficient și

mediul său biopsihosocial, ceea ce se însușește prin învățare și reînvățare.

Bolnavul primește de la psihoterapeut „ajutor pentru autoajutor", ajutor pentru a se adapta în „lumea întunericului".

Psihoterapeutul trebuie să aibă timp suficient să cunoască bolnavul cu antecedentele sale biopsihosociale, familiale și personale. La bolnavii cu devianțe comportamentale asociate deficienței vizuale, el trebuie să se străduiască să descopere greșelile ce s-au făcut în educația și formarea caracterială a bolnavului de-a lungul întregii sale vieți, începînd din copilărie. De asemenea, trebuie să se cunoască întreaga patografie a bolnavului și să fie interpretată astfel încît, împreună cu acesta, să găsească soluții pentru învingerea problemelor sale de boală și de viață. Uneori, sînt suficiente doar cîteva discuții terapeutice care îi întăresc încrederea în sine, îi clarifică perspectivele și contribuie la corectarea tulburărilor personalității sale, în cazul în care acestea nu sînt prea accentuate.

Observația practică arată necesitatea ca, în paralel cu psihoterapia verbală, să se acționeze și prin mijloace medicale cu eficiență imediată, în sensul administrării unor medicamente cu scopul retrocedării fenomenelor inflamatorii, a durerilor oculare, a stărilor de anxietate ori de neliniște.

Importanța deosebită a psihoterapiei la bolnavii cu afecțiuni oculare, la ambliopi și la nevăzători, decurge din faptul că bolile oculare, cu deosebire cele care evoluează cu reducerea sau cu pierderea vederii, cu deficit estetic, cu caracter de durată (uneori toată viața handicapatului) au și un răsunet pronunțat asupra psihicului purtătorului și chiar asupra anturajului său. Între adolescenți se întîlnesc adesea persoane introvertite, fapt important în alegerea procedurilor recuperatorii /118/.

Formarea comportamentului uman biologic și social trece la început prin organele de simț, în special prin vedere, și se perfectează prin educație și gîndire la nivelul sistemului nervos central (Mariana Popoviciu — 117).

Nu se poate accepta un profil specific de tulburări psihice ce survin în cadrul unor anumite afecțiuni oculare și nici situația inversă.

S-au descris tulburări oculare ce survin în cadrul unor nevroze: isterie, nevroze obsesionale etc., dar mai cunoscute sînt tulburările psihice ce survin la bolnavii oculari postoperator — în special după enuclearea unui glob ocular.

Teama, spaima bolnavului cu deficiențe vizuale în general, are o vastă motivație subiectivă: adolescentul se teme că nu va putea urma profesiunea care-i place, că cei care-l simpatizau se vor în-

depărta de el, că nu va putea să învețe la fel de bine etc., tînărul se îngrijorează că va trebui să-și schimbe profesiunea și că nu va fi înțeles de cei din jur; cei de vîrstă medie se neliniștesc că vor trebui să-și schimbe statutul social, că le va scădea retribuția, eventual că vor deveni pensionari de invaliditate; bătrînii se tem că nu vor fi acceptați de cei din jur etc.

Pierderea vederii influențează întregul comportament al individului și își pune amprenta asupra dezvoltării și evoluției personalității sale, aceasta cu atît mai pronunțat cu cît handicapul s-a instalat mai tîrziu (E. Verza — 149).

Psihoterapia trebuie să înceapă cît mai de timpuriu și trebuie să urmărească redarea încrederii în forțele proprii și în posibilitatea de dezvoltare intelectuală a subiectului, înlăturînd diferite blocaje afective.

În funcție de problemele psihice pe care le ridică fiecare subiect, ea poate fi individuală sau în grup; trebuie să se respecte un plan regulat de ședințe, bine stabilit.

Trebuie depuse eforturi pentru păstrarea sau, după caz, ridicarea tonusului psihic al bolnavului, pentru ca acesta să-și mențină optimismul și să colaboreze cu membrii echipei de recuperare. Aceasta se realizează prin:

— Educarea bolnavului pentru a-și continua stilul de viață, cu păstrarea bioritmurilor circadiene, săptămînale și anuale chiar și în condiții de boală;

— Convorbiri terapeutice în care se abordează probleme personale și socioprofesionale care se situează în sfera lui de preocupări: dieta, digestia, igiena, eventuala desfigurare, viitoarea activitate profesională, consecințele intervențiilor chirurgicale mutilante, rezecția unor organe (anexe sau glob ocular), problema căsătoriei sau a copiilor etc.;

— O terapie de comportare;

— O reglare a tonusului activ, la început îndrumat și ajutat, apoi singur;

— Discuții medico-pedagogice;

— Discuții ce urmăresc dezvoltarea și hotărîrea în atingerea țelurilor;

— *Procedee psihologice* care urmăresc înlăturarea stării de anxietate și autoobservare.

Întregul plan psihoterapeutic urmărește să aducă, să conducă și să îndemne pacienții spre tărîmul fertil al autoactivării, autorealizării și al neatîrnării sale /70/, prin dezvoltarea voinței sale, deoarece „voința și forța spiritului uman sînt cu adevărat incalculabile“

(Howard A. Rusk — 62). Aceasta este o sarcină deosebit de grea. Ea impune o capacitate de înțelegere a vieții subiective a pacientului, o căldură emoțională (care să fie sesizată de pacient), înțelegerea și corecta interpretare a acuzelor bolnavului, o îndrumare sinceră.

O sarcină importantă care revine *tiflopsihologiei* este combaterea complexului de inferioritate, relativ frecvent la adolescenții nevăzători. Complexul de inferioritate se manifestă adesea prin fenomene de hipercompensare negativă (brutalitate, despotism, plăcerea de a tachina sau a-i chinui pe alții, bucurie răutăcioasă, supraaprecierea propriei persoane sau fenomene de timiditate ori introversiune, de care s-a mai amintit.).

Combaterea fenomenelor de hipercompensare negativă urmărește transformarea lor în hipercompensare pozitivă prin cultivarea aspectelor pozitive ale personalității subiectului și canalizarea fondului său energetic în direcții pozitive (W. Roth — 128).

Reușita psihoterapiei este condiționată și de faptul că bolnavul se convinge de sinceritatea membrilor echipei și, invers, ei trebuie să se asigure de sinceritatea bolnavului.

Prin psihoterapie se urmărește, deci, o schimbare generală a vieții și comportării bolnavului, o nouă înțelegere a bolii sale, acceptarea și acomodarea la boală și la consecințele ei, excluderea sau micșorarea influențelor tulburătoare ale vieții acestuia (Tausch, citat de S. Nitsch — 107).

VI.6.3. Artterapia

În cadrul artterapiei, meloterapia, adică terapia prin muzică, ocupă un loc important în R. deficienților vizuali; ea face parte din psihoterapie. Nu rar s-au ridicat, dintre nevăzători sau ambliopi, compozitori sau virtuoși interpreți. Foarte mulți dintre nevăzători sau mari ambliopi sînt melomani.

Medicina antichității considera că muzica însăși este o formă a medicinii („musica itaque medicina est“). Conform concepțiilor pitagoreice, ea avea un rol de „a acorda organismul cu psihicul uman“. Apollon, zeul muzicii, al poeziei și al artelor frumoase, era totodată socotit și divinitate vindecătoare, iar fiul său, Asklepios, era zeul medicinii /113/.

La noi, Dimitrie Cantemir considera, în scrierile lui, că muzica și dansul călușarilor au puterea de a izgoni bolile, iar Gh. Marinescu și C. Parhon au aprofundat fenomenul „audiției colorate“, prin care muzica poate crea senzații, punînd în excitație diferiți centrii senzoriali /113/.

Muzica ascultată sau interpretată este un important element recuperator prin dezvoltarea puterii de concentrare, a atenției, a disciplinei, a integrării în societate, mai ales prin cor. Ea este totodată un important factor evocator, emotiv, creator de percepții și reprezentări artistice (N. Nichifor, C. Bocirnea — 103). Dovadă a importanței care se acordă meloterapiei sînt numeroasele publicații care tratează această problemă și unele reviste cum ar fi „Muzik und Medizin", care apare de mai mulți ani în R. D. Germania.

Pentru nevăzători, muzica constituie o activitate recreativă principală. Asociațiile de nevăzători și cele ale prietenilor nevăzătorilor promovează meloterapia în cadrul programului de recuperare psihică a acestora.

VI.6.4. Ergoterapia

Este o formă particulară a kinetoterapiei, a cărei importanță merită să fie subliniată.

Prin ergoterapie (E) se înțelege „orice activitate recomandată și realizată în scopul grăbirii vindecării bolnavului". Este deci o terapie ce se realizează prin muncă.

Activitatea ergoterapeutică prescrisă trebuie să considere, pe de o parte, preferințele bolnavului, aspirațiile și aptitudinile sale, iar, pe de altă parte, necesitățile de mișcare care au în vedere deficitul morfofuncțional al persoanei în cauză. Pentru nevăzători, ea urmărește în primul rînd creșterea sensibilității tactile și kinestezice și apoi creșterea generală a capacității sale de prestație și stimularea psihicului.

Formele ergoterapiei. Se descrie o ergoterapie (E) recreativă, cunoscută și sub numele de terapia ocupațională — play-terapia, E. funcțională, E. orientativă și E. retribuită (Cl. Baciu — 6 ș.a.).

E. recreativă, play-terapia sau terapia ocupațională constă în folosirea în scop curativ și în mod plăcut a timpului liber de către deficienți și handicapați. S-a observat că practicile individuale ergoterapeutice nu au întotdeauna succes, de aceea s-a elaborat metoda ca pacienții să lucreze în grupuri mici sau mai mari, producînd articole de care se pot folosi în grup, sau le pot valorifica primind fiecare o anumită cotă parte din beneficiu. Timpul de lucru este redus la cîteva ore (2—4) pe zi, după posibilitatea fiecărui handicapat.

E. funcțională sau curativă este acea parte a E. care urmărește ameliorarea funcțională a persoanelor handicapate ca urmare a unor afecțiuni viscerale.

E. orientativă constă din activități ce cuprind mișcări care urmăresc, ca finalitate, reducerea unor deficiențe (mai frecvent motorii) în scopul orientării sau reorientării profesionale a persoanei respective.

După M. Chambbet /22/ ca urmare a măsurilor recuperatorii, inclusiv a ergoterapiei, 50% din deficienții vizuali recenți pot să-și reia vechea profesie, schimbîndu-și numai locul de muncă.

E. retribuită are ca scop reeducarea profesională a deficienților aflați în incapacitate temporară de muncă de lungă durată, deci și nevăzătorii. Scopul acestei E. este creșterea capacităților restante, menținerea deprinderilor profesionale, evitarea deviațiilor psihice, determinate de lipsa de activitate profesională organizată impusă de boală, crearea de bunuri materiale sau spirituale și creșterea veniturilor economice ale persoanei respective.

În diferitele forme de E. poate fi încadrat oricare deficient vizual indiferent de vîrsta și forma etiopatogenetică a deficienței. Ergoterapia nevăzătorilor se realizează în ateliere speciale sau în cadrul cooperativelor „Munca Invalizilor". Se poate însă practica în orice așezămînt în care sînt spitalizați bolnavi cronici, la căminele de bătrîni, la căminele-spital etc.

VI.6.5. Balneofizioterapia

Se practică cura în aer liber, băile de aer și lumină, cura atmosferică a lui Rikli și mai ales helioterapia. *Razele ultraviolete* dau rezultate bune în afecțiunile de natură tuberculoasă și în special în cheratoconjunctivită flictenulară. Mohr și Brain au folosit fototerapia, servindu-se de lampa Quartz, cu rezultate satisfăcătoare în trahoamele recente și în conjunctivitele foliculare. Rezultate remarcabile s-au obținut prin *termoterapie.* Băile de aer cald, uscat și băile de lumină sînt indicate în afecțiunile inflamatorii ale nervului optic și în afecțiunile oculare însoțite de dureri nevralgice persistente /144/. Balneofizioterapia handicapaților oculari se face numai cu avizul medicului oftalmolog.

Fizioterapia bolnavilor oculari trebuie să țină seama de cîteva contraindicații și precauțiuniuni:

— Indicația de fizioterapie se face numai în posesia unui diagnostic etiologic precis;

— Fizioterapia se contraindică bolnavilor cu neoplasm ocular și bolnavilor cu hipertensiune arterială în stadiul III și IV; cu ateroscleroză avansată, cu diabet zaharat și cu retinopatie în diverse stadii;

— Dozele se aplică crescînd, urmărindu-se, cu multă precauție, eventualele reacții nedorite (oculare și generale);

— Se indică asocierea procedurilor fizioterapeutice atunci cînd acest lucru este necesar și posibil.

Folosirea apelor minerale în oftalmologie a fost precizată la noi de către prof. Michail, P. Vancea și de N. Blatt (— 144).

Cheratoconjunctivitele recidivante, întreținute de afecțiuni nazale, sînt favorabil influențate de o cură la Băile Felix și 1 Mai (Bihor), Geoagiu (Hunedoara). *Conjunctivitele flictenulare* impetiginoase, cheratitele eczematoase pot fi îngrijite la Slănicul Moldovei, Olănești, Sîngeorz, Borsec, Techirghiol. *Conjunctivita primăvăratică* beneficiază de cură la Vatra Dornei, Ocna Sibiului, Sovata, Turda, Oglinzi, în timp ce *cheratitele interstițiale heredosifilitice* sînt bine influențate prin balneoterapie la Călimănești, Govora, Băile Herculane, Olănești, Pucioasa, Vața (Hunedoara). *Edemele pleoapelor,* însoțind conjunctivitele, adesea rebele la tratament, pot fi ameliorate la băile Herculane, Govora, Călimănești, Strunga, Borsec, Bolnavii cu irite și iridocoroidite reumatismale pot beneficia de cură la Govora, Călimănești, Herculane, Căciulata sau Olănești. *Afecțiunile sifilitice ale ochiului,* care cedează greu la tratamentul obișnuit, sînt influențate favorabil de tratamente la Govora și Herculane, iar *tabetici,* cu paralizii oculare și atrofie optică, beneficiază de tratament într-o stațiune cu ape feruginoase, carbogazoase, ca cele de la Buziaș, Vatra Dornei, Slănicul Moldovei (144).

VI.6.6. Cultura fizică medicală

Cultura fizică medicală, sportul și mișcarea în general au rol important în combaterea aspectelor negative ale modului actual de viață și activitate în care automatizarea, mecanizarea, televizorul și mijloacele auto de deplasare obligă adesea la o viață prea sedentară. Patologia sedentarismului este astăzi bine cunoscută, ca și sindromul de subsolicitare fizică pe care-l generează, încît nu insistăm asupra lor. Le amintim numai pentru a sublinia faptul că aceste aspecte negative ale sedentarismului, favorizat de civilizația actuală, sînt și mai pregnante la nevăzători care sînt obligați la o viață mai sedentară. Dacă adăugăm la aceasta imaginea universal cunoscută a nevăzătorului: neîndemînatic și debil, bîjbîind anxios, lipsit de încredere în sine și în anturaj, este tocmai ceea ce trebuie combătut prin activitate sportivă la care sînt îndemnați să ia parte nevăzătorii, indiferent de vîrstă și grad de deficiență vizuală /12/.

Pentru nevăzători, educația fizică sistematică este necesară în prevenirea și combaterea tendinței de disarmonie fizică, generată de lipsa de control vizual asupra corpului și al segmentelor sale, prin pierderea fineței mișcărilor și prin dezvoltarea inegală a anumitor grupe musculare. Examinări somatologice și măsurători antropometrice sistematice au pus în evidență unele aspecte patologice: picior plat, în 80% din cazuri, și deformații ale coloanei vertebrale dominate de cifoze, la 62% din cazurile cercetate (Niculina Frunzetti — 49).

Educația fizică bine dirijată contribuie — pe lîngă cele menționate — la dezvoltarea simțului de orientare în spațiu, la corectarea ținutei, la combaterea pasivității, la dezvoltarea altor simțuri, în special auzul și echilibrul, la diminuarea sau chiar dispariția anxietății, la creșterea încrederii în sine și în anturaj, ceea ce înlesnește integrarea în viața socială a nevăzătorului.

Copiilor mici nevăzători trebuie să li se creeze condiții și să fie lăsați să se joace în nisip, unde să facă cuptoare, case, cetăți etc. în tovărășia copiilor văzători.

Pe plan mondial, sportul, în cazul persoanelor valide sau handicapate, a intrat, în ultimele decenii, în preocupările oamenilor de știință, iar sportul nevăzătorilor s-a integrat și el în aceste preocupări.

Între 21 și 24 aprilie 1981 s-a ținut, în sediul UNESCO de la Paris, ședința de constituire a *Asociației sportive internaționale a nevăzătorilor* în scopul organizării activității sportive a acestora.

Ca și în cazul sportului pentru persoane valide, sportul practicat de nevăzători poate îmbrăca forma sportului de performanță și pe aceea a sportului de masă. Fără a neglija importanța sportului de performanță și de rezistență pentru nevăzători, forme ce au devenit accesibile /110, 111/, ne interesează în mod deosebit sportul de masă prin care se urmăresc efecte sanogene și de reabilitare, de care pot să beneficieze cît mai mulți nevăzători. Dintre ei, cei care practică activități sportive recunosc că, prin antrenamente sistematice și perseverente, pot ajunge la performanțe care contribuie la realizarea unui nou și important pas în viața lor, îi stimulează și-i satisface, plasîndu-i la același nivel cu văzătorii, creîndu-le o condiție umană apropiată de a acestora.

Între 21 iunie și 5 iulie 1980 s-a ținut la Arnhem, în Țările de Jos, a II-a Olimpiadă de vară a handicapaților, la care au participat 341 nevăzători, la 7 discipline sportive, obținîndu-se performanțe remarcabile /5/. Olimpiada de iarnă 1980 s-a ținut la Geilo în Norvegia /164/.

Ramurile sportive de care pot beneficia nevăzătorii sînt multiple: gimnastica, atletismul, alergarea, halterele, luptele, trînta, schiul, turismul, excursiile, natația, hidrobicicletele, sportul cu bărci universale, caiacul (experimental), șahul, dansul, exerciții ioga și mai recent, fotbalul pe teren mic, cu ghete speciale /58/.

Gimnastica cuprinde o serie de exerciții: la paralele, cal, bară fixă, gimnastică acrobatică și estetică, individuală sau în echipă, exerciții zilnice de gimnastică suedeză, extensoare, ridicarea de greutăți, gimnastică în producție etc.

Atletismul cuprinde următoarele probe: aruncarea greutății, săritură în lungime și aruncarea suliței.

Activitățile sportive nautice au cuprins numeroase competiții naționale sau internaționale: hidrobiciclete, natație-brass, înot stil liber, natație fond, bărci universale pe distanță de 500 m și curse experimentale de caiac. Este evident că în timpul efectuării acestor exerciții, nevăzătorii sînt urmăriți, ajutați și ghidați prin sisteme acustice de către văzători.

Șahul se bucură de mare popularitate printre nevăzători. La noi în țară este meritul profesorului Fr. Cori care a militat insistent — după anul 1945 — pentru extinderea șahului în masa de nevăzători.

Performanțele șahiștilor nevăzători, verificate în concursuri naționale și internaționale, sînt apreciabile. Șahul — alături de celelalte ramuri sportive — reprezintă un amplu și complex mijloc de integrare a nevăzătorilor într-o activitate colectivă continuă și necesară în toate etapele vieții lor. În plus, el este accesibil tuturor vîrstelor, dă ocazie la numeroase schimburi de idei și opinii, popularizează, în forma cea mai elevată, posibilitatea de afirmare a nevăzătorilor și prin aceasta prezintă o importanță deosebită în integrarea lor în viață, societate și activitatea organizată (M. Grupcea — 53).

Alergarea — jogging-ul —, susținută cu multă căldură de E. Obogeanu /111/, este recomandată pentru efectele sale în dezvoltarea echilibrului, a capacității de auz, a capacității de orientare și a simțului tactil-kinestezic, în afară de cunoscutele efecte de creșterea performanțelor fizice, în special cardio-respiratorii.

Este cunoscut cazul nevăzătorului Werner Rathert din R. F. a Germaniei care, la proba de maraton, a obținut rezultate foarte bune. El a fost ghidat pe traseu de către un ciclist. Performanța realizată de el a fost 42 km în 2 ore și 44 minute.

Succesul alergării este asigurat cînd se alege o suprafață de alergare perfect orizontală, cît se poate ferită de zgomote și cunoscută în prealabil de nevăzători. Cît privește menținerea direcției se folosesc diverse sisteme de semnalizare auditivă, care funcționează cu scurte intermitențe, în funcție de care nevăzătorii își corectează devierile de la direcția inițială fiind astfel ajutați să se orienteze în spațiu cu multă precizie și ușurință /110/.

Gimnastica în producție este de mare utilitate pentru nevăzători; efectele ei sînt benefice, fapt pentru care ea trebuie să fie introdusă în toate locurile de muncă unde nevăzătorii își prestează activitatea.

Schiatul, ca sport recreativ pentru nevăzători, este încurajat, cu deosebire în Norvegia, unde pentru văzători este un sport național, și în Elveția, unde nevăzătorilor li se predă tehnica modernă de schi de către instructori experimentați. Societatea norvegiană de Oftalmologie acordă cupe pentru cei mai buni schiori nevăzători din Scandinavia (O. Johansen — 69).

Este cunoscută schioara nevăzătoare Micheline Chuara din Elveția (devenită nevăzătoare la vîrsta de 25 ani) care, cu mare voință și cu ajutorul unor prieteni, și-a reluat vechile îndeletniciri sportive: gimnastică, înot la bazin, marș-alergare și, în final, cu sprijinul Asociației schiorilor nevăzători din Elveția — înființată în 1966 — a devenit schioare și s-a adaptat la situația de nevăzătoare.

Nu este posibil ca foarte mulți nevăzători să devină schiori, atleți sau înotători de performanță, totuși s-a constatat că la „Prima ediție a jocurilor sportive ale nevăzătorilor" de la Poznan (Polonia) (august 1977), cei mai buni sportivi nevăzători români au cucerit medalii (I. Furtună — 50).

Nevăzătorii trebuie să practice acea activitate sportivă, care le place, în ramura sportivă în care au înclinații, cît pot mai mult, convinși fiind de utilitatea sa, atît pentru sanogeneză cît și pentru adaptarea lor cît mai bună în viață, societate și profesiune.

Practicile sportive recomandate nevăzătorilor trebuie astfel alese încît să fie însușite și practicate cu ușurință; totodată ele trebuie să excludă pericolele de accidentare.

Jocuri pentru ambliopi și/sau nevăzători

Considerăm că pentru nevăzătorii tineri, mai ales școlari, se pot introduce și o serie de jocuri ale văzătorilor care se pretează foarte bine la situația de nevăzător cum ar fi: „Bîza", cunoscută de fiecare încă din copilărie; „Paznicul orb"; „Fără sare-sare", „Avioane în ceață", „Pe nevăzute după pietricică", „Prinde-mă", „Alergători, stop", „De-a baba-oarba" (Nicolae Ionescu — scriitor nevăzător — arată în confesiunile sale că singurul joc la care era acceptat împreună cu ceilalți copii văzători era baba-oarba); „De-a clopoțelul" (acest joc este varianta engleză a jocului „de-a baba oarba").

Descrierea desfășurării jocurilor pentru nevăzători este cuprinsă în lucrarea lui Milós Zapletal, tradusă în limba română /152/.

Afecțiunile oculare și sportul de performanță (I. Drăgan — 38).

Afecțiunile oculare incompatibile cu sportul de performanță sînt: miopia peste 5 dioptrii, la tinerii în creștere pînă la 4 dioptrii; ptoza palpebrală pronunțată; strabismul cu unghiul peste 5°; epiforă rebelă la tratament; pterigionul mare, care jenează acuitatea vizuală; ectropionul, entropionul și sinblefaronul; keratoconul; glaucomul; cataracta congenitală; afecțiunile evo-

lutive ale globului ocular și modificările cîmpului vizual (în sensul scăderii sale și al apariției scotoamelor).

Acuitatea vizuală minimă obligatorie în diferite ramuri de sport:

În atletism este necesară vederea de 1/2 la un ochi și 1/3 la ochiul celălalt, cu simț cromatic intact;

La bob, vederea minimă necesară este 1 la un ochi și 2/3 la celălalt ochi (nu se admite corecția);

La baschet, vederea minimă necesară este 2/3 la un ochi și 1/3 la ochiul celălalt;

La ciclism, vederea minimă necesară este 2/3 la un ochi și 1/2 la ochiul celălalt (se admite corecția), simțul cromatic trebuie să fie intact;

La călărie, vederea minimă este 2/3 la un ochi și 1/2 la ochiul celălalt (nu se admite corecția);

La fotbal, vederea necesară este 2/3 la un ochi și 1/3 la ochiul celălalt, simțul cromatic trebuie să fie intact;

La gimnastică, vederea necesară minimă este 2/3 la un ochi și 1/3 la ochiul celălalt (nu se admite corecția);

La haltere și box, vederea minimă este 1/3 la un ochi și 1/3 la ochiul celălalt (nu se admite corecția);

La handbal, vederea minimă este 2/3 la un ochi și 1/3 la ochiul celălalt;

La hochei pe gheață, vederea minimă necesară este 1 la un ochi și 2/3 la ochiul celălalt;

La lupte, vederea minimă necesară este 1/3 la un ochi și 1/2 la ochiul celălalt (nu se admite corecția);

La natație-polo și sărituri, vederea minimă necesară este 1/2 la un ochi și 1/3 la celălalt ochi;

La parașutism, vederea minimă necesară este 1 la un ochi și 2/3 la celălalt (nu se admite corecția); simțul cromatic trebuie să fie intact;

La planorism, vederea minimă necesară este 1 la un ochi și 2/3 la celălalt (nu se admite corecția); simțul cromatic trebuie să fie intact;

La patinaj, vederea minimă necesară este 2/3 la un ochi și 1/3 la celălalt ochi (se admite corecția);

La popice, vederea minimă necesară este 2/3 la un ochi și 1/3 la celălalt ochi (se admite corecția);

La rugbi, vederea minimă necesară este 2/3 la un ochi și 1/2 la celălalt ochi (nu se admite corecția);

La schi, vederea minimă necesară 2/3 la un ochi și 1/2 la celălalt ochi, (se admite corecția);

La tir, vederea minimă necesară este 1 la un ochi și 1/2 la celălalt ochi, (se admite corecția);

La tenis, vederea minimă necesară este 2/3 la un ochi și 1/3 la celălalt ochi (se admite corecția);

La proba de sărituri, nu se admite corecția;

La probele de aruncături, se admite corecția pînă la 5 dioptrii.

VI.7. ACȚIUNI EDUCATIV-PROFESIONALE DE RECUPERARE

Motto: „Neștiința de carte este a doua orbire".

Acțiunile educativ-profesionale cuprind activități pentru școlarizarea handicapaților vizuali în școli speciale sau în cele obișnuite, orientarea sau reîndrumarea lor profesională în funcție de vîrstă și de situația fiecăruia, precum și activități ce privesc locul de muncă în sensul modificării sale după principii oftalmoergonomice. Mecanizarea și automatizarea activităților umane din epoca noastră impun, în măsură crescîndă, școlarizarea, orientarea profesională, selecția înaltă și poliprofesionalizarea tuturor oamenilor muncii, indiferent că sînt valizi sau handicapați.

Dată fiind importanța orientării profesionale pentru tinerii handicapați prin boli oculare vom insista mai mult asupra principiilor sale, discutate recent (1980) la Sofia /148/.

VI.7.1. Educarea, școlarizarea, selecția și orientarea profesională a tinerilor deficienți oculari (ambliopi, nevăzători și monoftalmi)

Orientarea profesională (OP) ca problemă generală este definită ca activitate medico-socială ce cuprinde totalitatea mijloacelor prin care se urmărește influențarea persoanelor necalificate pentru alegerea celei mai potrivite profesiuni în funcție de o serie de parametri /16, 71, 88, 94/: starea de sănătate biopsihică, aspirațiile, abilitățile subiectului și nevoile economice ale societății, astfel încît munca desfășurată după calificare să se efectueze cu randament maxim și să permită dezvoltarea plenară a personalității subiectului respectiv. Pentru a fi eficientă și a răspunde acestor deziderate, OP trebuie să se desfășoare după principii științifice și să se continue cu selecția profesională, adică să se aleagă cel mai potrivit loc de muncă în cadrul profesiunii pentru care a fost selecționată persoana respectivă. *Această acțiune trebuie completată, în decursul*

activității profesionale, cu perfecționarea profesională, justa promovare a cadrelor și educație pentru creșterea continuă a interesului față de profesia aleasă.

Importanța OP a handicapaților vizuali, tineri, rezultă în primul rînd din necesitatea folosirii juste a tuturor forțelor de muncă de care dispune societatea după principiul „omul potrivit la locul potrivit".

Planurile noastre economico-sociale cer în mod imperios gestionarea științifică a forțelor de muncă a persoanelor valide cît și a celor handicapate. Acest principiu este cu atît mai actual cu cît contingentele celor care intră în activitate au tendința de a scădea și cu cît locurile de muncă se diversifică.

În condițiile actuale ale exploziei informaționale, întreaga viață a omului apare ca un neîntrerupt lanț educativ: școlarizare-instruire-educație, orientare profesională, profesionalizare, selecție profesională, perfecționare profesională, eventual reîndrumare profesională și reciclare, promovare profesională. Omul zilelor noastre — dacă vrea să rămînă în actualitate — trebuie să se perfecționeze profesional continuu.

Privită în acest fel, OP este inclusă în marea problemă a reabilitării. Ea este o activitate de echipă care se desfășoară pe o lungă perioadă de timp, începînd încă din mica copilărie, prin observarea, în familie, a înclinațiilor, abilităților și preferințelor copilului, care trebuie să fie atent urmărite și fin dirijate. Se continuă apoi în școală și în profesionalizare.

*

Educarea, culturalizarea, profesionalizarea, sprijinirea multilaterală socio-profesională a slab-văzătorilor sau a nevăzătorilor ocupă un loc important în cadrul problemelor cultural-sociale și economice ale unei societăți, ceea ce l-a determinat pe colonelul Boris V. Zimin — fostul președinte al Organizației Internaționale a nevăzătorilor — să afirme că „dezvoltarea socio-economică și culturală a unei țări se oglindește și în nivelul de organizare și de rezolvare a problemelor privind această categorie de deficienți" /154/.

În țara noastră, grija pentru rezolvarea acestor probleme s-a manifestat încă de la înființarea primelor organizații constituite în vederea sprijinirii nevăzătorilor, dar ele s-au amplificat odată cu revoluția socialistă de la noi și mai ales după crearea Asociației nevăzătorilor din România care, sub îndrumarea forurilor competente, a preluat o serie de sarcini, enumerate într-un capitol anterior al lucrării. Aceste probleme au fost dezbătute și la lucrările primului Simpozion de tiflologie din România (D. Dumitrache — 39 a) arătîndu-se că un loc aparte între instrumentele de culturalizare îl ocupă revista „Viața Nouă", organ al Asociației nevăzătorilor din țara noastră, precum și instructorii culturali ai filialelor teritoriale, a căror activitate este progresiv mai apropiată de actualele nevoi educativ-profesionale și sociale ale nevăzătorilor de la noi, în concordanță și în spiritul planurilor fixate de Consiliul Mondial pentru bunăstarea nevăzătorilor (WCWB).

Preocupări pentru cunoașterea variatelor probleme pe care le ridică deficienții vizuali, monoftalmii, slab-văzătorii (ambliopii) și nevăzătorii s-au manifestat mai ales în ultimele decenii în întreaga lume.

O serie de numere ale revistelor cu preocupări de reabilitare, respectiv de readaptare socioprofesională a handicapaților au fost dedicate deficienților vizuali. Între acestea citām revistele: „Viața Nouă", „Aurora", „Revista nevăzătorilor europeni", „La réadaptation", „Zari", „Union et Action", „Die Gegenwart", „Pochodnia", „Unser Schaffen", etc. Majoritatea problemelor care interesează deficienții vizuali au fost discutate de asociațiile pentru combaterea cecității, de către asociațiile văzătorilor ce sprijină nevăzătorii sau de către asociațiile nevăzătorilor.

În țările socialiste, poziția societății și a statului este similară cu cea de la noi. Așa cum arată lucrările lui F. V. Michal, în Cehoslovacia /99/ se indică profesionalizarea în meseriile tradiționale, dar și în aceea de agricultori, zootehniști (pentru creșterea și îngrășarea de iepuri, porci), vînzători, corespondenți, muncitori calificați în fabricile ce produc mașini de calcul, cadre didactice la elevii nevăzători.

Málinszki László, în R. P. Ungaria /97/, arată că nevăzătorii au în majoritatea lor program de activitate de 6 ore pe zi, iar retribuția lor atinge valoarea medie a lucrătorilor văzători din întreprinderile similare.

V. Sverlov și N. Serpokpil, în URSS /140/, insistă asupra condițiilor locurilor de muncă în care sînt încadrați nevăzătorii în sensul evitării microtraumatismelor oculare. F. Krivanek, în Praga, a studiat raportul dintre solicitările profesionale și posibilitățile de prestație ale deficienților, iar W. Fromm și H. Suhrweier /48/, în R.D. Germania, a studiat cauzele scăderii vederii și raporturile dintre AV și posibilitățile de școlarizare-profesionalizare a deficienților vizuali.

În Franța, s-au ocupat de aceste probleme (după literatura care ne-a stat la dispoziție), R. Convard /28, 29/, A. Glatigny /52/, Delthil Simone /32/, P. Delthil /33/, C. G. Lairy, M. Leger /73/, H. Brunel

și M-lle North /19/, P. J. Bonnac, J. Mur /15/, H. Hollier-Larousse /59/, G. Béchac /12/, L. Lecogne /77/, A. Nicolle /105/.

În S.U.A., s-au ocupat R. Piedefer /114/, Howard A. Rusk /62/, în Elveția, Richard Janda /122/; în Anglia, L. Whyte /150/; în R. F. Germania, A. Windorfer /151/, E. Lungfiel /79/, K. Jung /70/.

Pentru determinarea profilului vizual al unui deficient ocular — în vederea educării, școlarizării și profesionalizării sale științific efectuate și deci cu șansele de reușită — sînt necesare cel puțin următoarele examinări: acuitatea vizuală, cîmpul vizual, simțul cromatic, simțul luminos, vederea binoculară, refracția statică și dinamică, examenul mediilor refringente și ale fundului de ochi, examenul TACR și examenul anexelor (N. Zolog — 156).

U. Bergmann /9/ consideră copii cu periclitate vizuală — și care trebuie deci reabilitați — copiii pentru care efortul vizual impus de școlarizarea în învățămîntul obișnuit este prea mare, determină oboseală vizuală și le reduce randamentul. Acești copii trebuie internați în școli pentru infirmi vizuali. După informațiile acestui autor — efectuate în orașul Freiburg, în anul 1963 — 1% din totalul elevilor cercetați au capacitatea vizuală redusă între 1/3 și 1/10.

I. North și M. Brunel /108/ definește *ambliopia* „situația în care AV este diminuată, dar subiecții sînt capabili să învețe, să citească negru, adică să citească caracterele de imprimerie mai mult sau mai puțin mari și să utilizeze vederea lor pentru a se instrui, cu condiția totuși de a beneficia de un învățămînt adaptat pentru deficiența lor vizuală".

Nevăzătorii sînt cei care nu pot realiza această condiție chiar și după aplicarea corecției cu lentile. P. Vancea și colab. /143, 145/ au propus un barem care să permită accesul în școlile de ambliopi cu limita AV între 1/5—1/10, ținîndu-se seama de posibilitățile copilului de a se instrui pe cale vizuală în timpul școlarizării.

Explorarea AV trebuie atent efectuată periodic. Copiii, elevi ai liceelor de ambliopi, trebuie să fie tratați și eventual transferați la școala de masă în cazul în care AV s-a îmbunătățit și nu mai corespund normelor pentru școlarizare în școlile speciale pentru ambliopi sau nevăzători /78/.

Recuperarea deficienților vizuali — ambliopi, nevăzători sau monoftalmi — pentru școlarizare și profesionalizare trebuie să se facă cît mai precoce posibil după constatarea ori instalarea deficienței respective /56, 92, 112/.

Pentru aceasta este, desigur, necesară depistarea lor precoce de către familie, cadre medico-sanitare din teritoriu și de către cadrele didactice la începutul școlarizării. Aceeași grijă trebuie acordată și

deficienților vizuali care au asociate deficiențe psihice, de auz și/sau de vorbire /31, 40, 44/.

Școlarizarea nevăzătorilor trebuie făcută încă de la vîrsta preșcolară, numai în unități de învățămînt special diferențiat și la nivelul capacităților lor, nu la nivelul inferior acestora /80, 82, 85/. *Ambliopii* trebuie de asemenea școlarizați de la vîrsta preșcolară în unități speciale de învățămînt, pe lîngă care funcționează unități bine utilate de pleoptică-ortoptică, deservite de cadre medicale de specialitate. În aceste condiții, prognosticul vizual are toate șansele de îmbunătățire pînă aproape de valori fiziologice. Este absolut necesară depistarea nevăzătorilor și a ambliopilor congenitali încă în primul an de viață, în vederea înregistrării și începerii instruirilor speciale (I. Marcu — 81, 82 ș.a.).

Educația preșcolară a nevăzătorilor a fost preconizată de celebrul pedagog nevăzător Pierre Willey, cel care a scris în 1922 lucrarea „Pedagogia orbilor" și care a conceput celebrul aforism: „lumina orbului este munca" (J. Smykál — 138).

Monoftalmii pot fi școlarizați în învățămîntul elementar obișnuit; profesionalizarea lor trebuie făcută însă în școli profesionale și licee speciale pentru deficienții vizuali (D. Mavrodin, V. Mangoș — 94, 95).

Necesitatea educației permanente a copiilor nevăzători

Copiii nevăzători trebuie să fie continuu educați: în familie, la școală și în timpul liber. Procesul instructiv-educativ trebuie să cultive cu consecvență calități ca: răbdarea, voința, dîrzenia, ambiția, în mod individualizat, după personalitatea fiecăruia /80, 81 ș.a./.

În familie copilul nevăzător trebuie să trăiască într-un mod cît mai apropiat de copilul văzător. El trebuie tratat cu multă bunătate, dar și cu fermitate. Se va evita cu desăvîrșire supraprotejarea sa. Se tinde ca în tot ceea ce face copilul nevăzător să-și dezvolte celelalte simțuri, care să înlocuiască, pe cît posibil, lipsa vederii. De mare importanță este *educarea pentru ordine*, în special cu așezarea ordonată a obiectelor care-i aparțin. El trebuie lăsat — și ajutat — să facă tot ce fac ceilalți copii: să *alerge* — la început ținut de mînă —, *să se urce în copaci* — ajutat și supravegheat —, *să înoate* în bazine cu apă mică, *să ajute la aranjatul mesei, să se autoservească, să practice jocuri care-i sporesc sensibilitatea tactilă și îndemînarea* (construcții cu obiecte în formă de cuburi, să construiască din nisip, din argilă, din plastilină etc.).

O deosebită atenție trebuie acordată *dezvoltării auzului prin* conversație, audiere de discuri, audiție la radio, filme sonore etc. Un loc important îl ocupă și educația lor muzicală /137/. Toate acestea cer din partea familiei răbdare, inteligență și înțelegere.

În școală, în afara orelor de clasă, educatorii trebuie să organizeze activități de destindere și de dezvoltare a simțurilor restante ale copilului nevăzător: jocuri în aer liber (cu balonul sonor, de exemplu), sau în săli speciale, amenajate cu cele necesare pentru jocuri educative, table, șah. În funcție de preferințe, trebuie sprijiniți elevii care solicită lectura sau audierea discurilor, a benzilor înregistrate, a jurnalului sonor. Se sprijină tendința unora de a forma mici brigăzi de coruri, orchestre etc. O atenție deosebită se acordă desenului tiflografic, ca factor instructiv-educativ al copiilor nevăzători /82/.

În zilele de vacanță, aceste preocupări se amplifică și li se adaugă: vizitarea muzeelor (unde vor fi lăsați, pe cît posibil, să palpeze obiectele expuse), formarea unor echipe de teatru, mai ales în scopul educării gesturilor și a sporirii curajului de a se prezenta și exprima în public. Se organizează colonii în aer liber unde primesc cunoștințe despre științele naturii, se organizează echipe de jocuri: jocuri în aer liber, vizite, șezători, artă dramatică, toate aceste activități fiind sprijinite de personal specializat și cu aplicații pentru astfel de activități.

Instruirea preșcolară a deficienților de vedere a început în țara noastră în anul 1949, cînd, la Săftica, lîngă București, s-a construit prima grădiniță specială; în 1952 s-a creat încă una pentru nevăzători la Cluj, iar în 1955, s-a organizat o grădiniță de fete și la Buzău (24).

În anul 1965 din inițiativa medicilor oftalmologi din Oradea a luat naștere grădinița pentru copii strabici din localitate /14/. Această grădiniță o frecventează numai copii cu strabism avînd prioritate cazurile mai grave.

Controlul și supravegherea specialistului sînt permanente; tratamentul se aplică în funcție de particularitățile cazului dat.

Exercițiile pleoptice sînt efectuate de către tiflopedagogi, zilnic, cu grupe formate din 4—5 copii, în reprize care durează 10—25 minute. Importanța acestei școli constă în aceea că se asigură copiilor condiții optime de profilaxie și tratament al ambliopilor la vîrste fragede; ei sînt în permanență sub control medical, fără a se neglija programa analitică a grădinițelor de copii; se asigură tratamentul pleoptic corect în urma căruia, în funcție de evoluție, copiii sînt selecționați pentru tratament chirurgical sau numai ortoptic; se supraveghează eficiența corecției cu lentile și se evită lipsa de cooperare a părinților; totodată se asigură copiilor un mediu fără complexe în purtarea ocluziei sau a ochelarilor.

Bilanțul rezultatelor este pozitiv, fapt pentru care se recomandă crearea de astfel de grădinițe speciale și în alte centre urbane.

În grădinițele speciale pentru copii nevăzători se acordă mare importanță educativă jocurilor, considerate ca „marele mobil al copilului". Prin joc, copilul învață să trăiască din plin, cu facultățile îndemne de care dispune (R. Piedefer — 114).

Învățămîntul general special a început la noi în mod organizat cu anul școlar 1958/1959, cînd a luat ființă la Cluj primul liceu de cultură generală pentru nevăzători. După anul 1960, s-au constituit și clase speciale liceale pentru nevăzătorii surzi.

Învățămîntul mediu. În țara noastră funcționează, pentru deficienții vizuali, următoarele școli cu grad liceal: Liceul horticol din București, liceele sanitare din Arad și București, Liceul tehnic pentru industrializarea lemnului din București și Liceul pentru nevăzători din Cluj-Napoca. Către aceste licee sînt orientați absolvenții clasei a IX-a din școlile generale pentru ambliopi și nevăzători.

Selecția școlară și profesională a deficienților vizuali trebuie să se bazeze pe următoarele 5 principii (126):

1. *Principiul complexității selecției* care cere ca aceasta să se efectueze în cadrul unei echipe în care să intre specialiști oftalmologi, psihologi, pedagogi, rolul conducător revenindu-le defectologilor;

2. *Principiul continuității selecției*, adică aceasta trebuie să înceapă cu depistarea deficienților, școlarizarea, profesionalizarea și apoi cu încadrarea lor în muncă;

3. *Principiul obligativtății executării concluziilor echipei;*

4. *Principiul operativității selecției;*

5. *Principiul respectării integrării sociale a nevăzătorilor* în societatea văzătorilor.

În cadrul selecției și orientării trebuie privit în mod individual întregul profil biopsihic al subiectului în discuție, nu numai, în mod simplist, limitat la cuantificarea gradului deficienței vizuale /126/.

A. Rosin și colab. /123/ propun pentru OP a deficienților vizuali, absolvenți ai școlilor generale de nevăzători, respectiv a clasei a IX-a, o serie de parametri, cuprinși într-o fișă care conține: date biografice, situația socială și domiciliul părinților, diagnosticul clinic și funcțional ocular, specificarea dacă elevul are hemeralopie, precizarea simțului cromatic, eventualele boli condiționate meteorologic, precizări privitoare la evolutivitatea bolii și, eventual, la invaliditatea fizică, situația și evoluția școlară, existența unor aptitudini

deosebite, eventuale tulburări de comportament, dezvoltarea psihică, gradul de invaliditate, profesiunea recomandată (de comisie și de diriginte), opțiunea părinților.

D. Frîncu /47/ propune pentru OP a tinerilor deficienți vizuali următoarele criterii:

1. *Cerințele economice și culturale ale dezvoltării societății* (criteriu important și după opinia noastră, deoarece nu se pot orienta elevii decît către profesii de care societatea are nevoie);
2. *Cerințele specifice ale profesiunilor;*
3. *Aspirațiile nevăzătorilor și ale familiei sale;*
4. *Abilitățile de care dispune nevăzătorul.*

Autorul /47/ insistă ca învățămîntul să fie în strînsă legătură cu viața, adică cu cerințele vieții și activității concrete a viitorilor oameni ai muncii nevăzători sau slab văzători.

În activitatea de OP a nevăzătorilor este de mare importanță sprijinul dat de Asociația nevăzătorilor în sensul: depistării nevăzătorilor și îndrumării lor pentru școlarizare și profesionalizare, informarea lor asupra posibilităților de calificare sau recalificare și participarea la acțiunea de depistare a noi profesiuni accesibile nevăzătorilor și la găsirea unor noi locuri de muncă pentru aceștia.

Aparatura tiflotehnică ocupă un loc de bază atît în procesul de învățămînt general, profesional și superior al nevăzătorilor cît și în viața lor de toate zilele. În țara noastră s-au realizat o serie de aparate tiflotehnice interesante și de un real folos, dar trebuie să se atragă colective de specialiști din domenii variate — medici, ingineri, cadre didactice din învățămînt superior și tiflopedagogi, psihologi, asistenți sociali, tehnicieni etc. — care, împreună cu colectivul de nevăzători, să elaboreze, să experimenteze și să realizeze noi aparate tiflotehnice, menite să ușureze viața și munca nevăzătorilor de la noi (I. Mateescu — 91).

O serie de probleme privitoare la formarea literelor braille, la adaptarea acestui alfabet la specificul scrierii românești, la punerea accentului, a semnului didactic, în scrierea braille, au fost discutate la „Primul simpozion de tiflologie din România 6—7 IX. 1975" (G. Cîrligeanu — 25); N. Ionescu — 64, 65; A. Vello — 147). La același simpozion s-au dezbătut și o serie de probleme privitoare la manualele folosite în școlile speciale de nevăzători (P. Mereuță — 98), precum și la metodele de predare la copilul orb surdo-mut (N. Diaconescu — 35), Victor Bănac /7/ a prezentat opiniile sale privitoare la „sensul și semnificația noțiunii de nevăzător în limbajul actual, probleme care interesează lumea celor care se ocupă cu școlarizarea deficienților vizuali". Cl. Launay /74/ a propus înlocuirea actualelor

tabele negre cu altele acoperite cu material plastic de culoare verde, pe care semnele sînt mai aparente.

Dovadă a importanței care se acordă, de mai multe decenii, OP a deficienților vizuali — ambliopi și nevăzători — este faptul că în 1967 s-a ținut la Berlin, Simpozionul Internațional *„Reabilitarea profesională a deficienților vizuali"* în care s-au dezbătut trei teme:

— Reabilitarea elementară a nevăzătorilor tardivi și timpurii;
— Munca în producție a nevăzătorilor în condițiile tehnicii moderne;
— Reabilitarea profesională a ambliopilor.

S-au discutat, de asemenea, o serie de alte probleme care tind să ușureze încadrarea și păstrarea locului de muncă ales prin mijloace tiflotehnice moderne și de oftalmoergonomie.

La noi în țară este, așa cum s-a arătat într-un capitol anterior, o veche tradiție privitoare la această problemă. O primă monografie cu această temă este cea a profesorului dr. Nicolae Zolog de la Timișoara, intitulată *Selecția și orientarea profesională în raport cu funcțiile vizuale*, /155, 156/.

Cu ocazia manifestărilor prilejuite de *„Anul internațional al handicapaților — 1981 —"*, problema școlarizării și profesionalizării nevăzătorilor a fost dezbătută sub multe aspecte /23/.

A. Rosin și colab. /123/ au propus următorul tabel de profesiuni spre care pot fi orientați tinerii cu deficiențe vizuale, în funcție de AV actuală și considerîndu-se perspectivele sale de dezvoltare în viitor.

Tabel

Referitor la meseriile recomandate absolvenților școlilor de nevăzători și ambliopi cu 9 clase, în funcție de acuitatea lor vizuală (după A. Rosin și colab. —123).

Cecitate totală (nevăzători) AV = . . . : 0—0,05	acordori de instrumente muzicale, confecționeri (de ambalaje carton, perii, mături, frînghii), împletituri (nuiele, papură, fibre din material plastic), masori, muzicanți (soliști și instrumentiști), telefoniști.
Slab-văzători AV = 0,05—0,1	marochineri, montatori jucării de lemn, olari, sortatori (de încălțăminte, cuie, becuri), ungători piese;
Ambliopi AV = 0,1—0,5	afișaj, apicultori, asistenți ginecologie, avicultori, băieși, bobinatori, cărămidari, curieri, crescători de animale mici, păsări, porci, dogari, geologi, filologi, muncitori agricoli, mulgători, liftieri, manechine, prestări și montatori de ansamble electrice, parchetari, pedagogi, stenodactilografi, stenotipiști, telefoniști, translatori, țesători de covoare etc.

Pentru cunoașterea punctelor de vedere ale IEMRCM București, redăm în continuare și în întregime articolul: *„ORIENTAREA PROFESIONALA A DEFICIENȚILOR VIZUALI ȘI EFICIENȚA LOR ÎN PROCESUL MUNCII"* publicat de dr. Doru Mavrodin și dr. Viorel Mangoș (94, 161) de la IEMRCM

București în volumul *Recuperarea socio-profesională a nevăzătorilor din România*, care sumează comunicările prezentate la primul Simpozion de tiflologie din România, București 6—7 septembrie 1975.

„Orientarea profesională a deficienților vizuali în Repubica Socialistă România constituie una dintre sarcinile de mare răspundere ale rețelei de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

Ea este efectuată de către medicii șefi ai oficiilor de expertiză medicală a capacității de muncă județene — respectiv de medicii șefi ale celor două oficii ale Municipiului București.

Dosarul deficientului vizual, orientat profesional, se înaintează Ministerului Muncii, care îl repartizează către secția profesională specială, conform indicațiilor medicale și în funcție de numărul de locuri disponibile.

Din cele relatate, rezultă că o orientare defectuoasă atrage după sine blocarea unui loc în schema centralizatoare din Ministerul Muncii, care nu mai poate fi ocupat de alt deficient vizual compatibil; pe de altă parte, indicațiile unei singure orientări profesionale greșite au drept consecință pierderea unui an de învățământ din partea a doi deficienți vizuali.

O altă caracteristică demnă de menționat o constituie faptul că învățământul elementar special — respectiv grădinița și cele 9 clase generale — aparține Ministerului Educației și Învățământului, iar învățământul profesional special este în subordinea Ministerului Muncii.

Consecința acestei scindări administrative are drept rezultat imediat, următoarea situație:

— În școlile elementare speciale, admiterea deficienților se face, mai mult sau mai puțin, după criteriile și indicațiile optime, astfel că un număr demn de luat în seamă de deficienți vizuali gravi, urmează inutil 9 ani, clasele elementare de ambliopi sau invers: monoftalmi și ambliopi sînt școlarizați în clasele de nevăzători.

Toate aceste anomalii de organizare și coordonare îngreunează și mai mult sarcina medicului expert în momentul în care deficientul respectiv absolvă 9 clase ale unei școli speciale și dorește să se profesionalizeze în continuare pe același profil (ambliopi sau nevăzători).

De aceea, medicul expert nu trebuie să țină seama de faptul că un absolvent al școlii elementare de ambliopi — pentru motivul că a urmat 9 ani în această școală — trebuie să-și continue profesionalizarea în aceeași secție, dacă acuitatea vizuală sau ceilalți parametri ai funcției vizuale, precum și evoluția sau prognosticul afecțiunii pe care o prezintă nu-i permit și nu-i indică acest profil de orientare.

Deci, medicul expert trebuie să fie deosebit de atent, tocmai din acest motiv, în orientarea profesională a acestor deficienți, pentru a nu se perpetua o greșeală făcută din superficialistate, nepricepere sau chiar cu intenția

conștientă a școlii — pentru asigurarea unei norme cadrelor didactice — sau a părinților (din motive total neprincipiale, unii părinți consideră că este rușine, o catastrofă ca fiii lor să urmeze o secție de nevăzători).

CONDIȚIILE DE ADMITERE ÎN ȘCOLILE PROFESIONALE SPECIALE PENTRU DEFICIENȚI VIZUALI

Deficienții vizuali care beneficiază de orientarea profesională pentru învățământul profesional special se împart în trei categorii: ambliopi, nevăzători și monoftalmi.

Noțiunea de ambliop definește și implică o scădere necorectabilă a acuității vizuale sub 1/2 (0,5).

Ambliopiile sînt organice și funcționale. Cele organice, sînt consecința unor leziuni cicatriceale cu caracter ireversibil, deci foarte des irecuperabile (leucom, colobom, corioretinită cicatricială, atrofii optice etc.). Ambliopiile funcționale se datoresc unor vicii de refracție, asociate de cele mai multe ori și cu strabisme. Ele pot fi recuperabile, cel puțin parțial, la vîrsta școlarizării, prin exerciții pleoptice-ortoptice, cu aparatură specială, cu care sînt dotate școlile speciale de profil (cele mai bune rezultate recuperatorii se obțin pînă la vîrsta de 10 ani, dar s-au obținut rezultate neașteptat de bune în multe cazuri și peste această vîrstă).

FORMELE SPECIALE DE ÎNVĂȚĂMÎNT EXISTENTE PENTRU AMBLIOPI

Elementar: Școala elementară de ambliopi — 8 ani (exclusiv grădinița), în orașele București, Cluj-Napoca și Timișoara (mixte).

Teoretic: Liceul pentru industrializarea lemnului și Liceul horticol special, în cadrul Grupului școlar special nr. 1 București.

Profesional: Școala profesională specială pentru ambliopi (băieți) de la Grupul școlar special nr. 1 București, cu următoarele secții: lăcătușerie, tîmplărie, tapițerie; Școala profesională specială pentru ambliopi (fete) Arad, cu următoarele secții: saltele, plăpumi, cartonaje.

Conduita expertului în orientarea profesională către secțiile de ambliopi va fi determinată, pe lîngă criteriile de vîrstă și școlarizare ale deficientului, în primul rînd de gradul ambliopiei sale.

— Ambliopia ușoară = valorile acuității vizuale între 1/2—1/4 la AO;

— Ambliopia medie = valorile acuității vizuale între 1/4—1/10 la AO.

— Ambliopiile grave = valorile acuității vizuale între 1/10 pînă la 1/25 la AO).

— Astfel, petru Liceul de industrializarea lemnului și Liceul horticol special se admit numai deficienți cu ambliopii ușoare (1/2—1/3, maximum 1/4 la AO).

— Pentru lăcătușerie, condițiile sînt similare: se admit ambliopi cu acuitate vizuală 1/2—1/4 la AO sau 1 la un ochi, celălalt sub 1/4 pînă la maximum 1/10. Această restricție se impune deoarece lăcătușeria este o profesiune cu periclitate oculară și totodată implică o suprasolicitare a analizorului vizual prin executarea unor manopere de precizie.

— Pentru secția de tîmplărie se admit deficienți vizuali cu AV între 1/4—1/5 la un ochi sau AV maximum 1/4 la un ochi, celălalt avînd AV oricît de scăzută.

— Pentru secția tapițerie sînt admiși deficienți cu AV 1/6—1/8 la AO.

— Sub acuitatea vizuală de 1/10 la AO — deci în cazul ambliopiilor mari sau grave — deficientul trebuie asimilat în grupa nevăzătorilor și îndrumat către secțiile respective.

CONDIȚIILE DE ADMITERE ÎN ȘCOLILE PROFESIONALE SPECIALE PENTRU NEVĂZĂTORI

— În cazul orientării profesionale a deficienților vizuali se consideră integrate în grupa nevăzătorilor și ambliopiile mari, adică ambliopiile cu acuitatea vizuală sub 1/10 la AO (de regulă ambliopii organice); de asemenea, intră toți deficienții vizuali cu cecitate practică, adică cei care au acuitate vizuală între 1/25 (2 m) — și 1/200 (25 cm) la AO; de la sine înțeles intră în această categorie toți deficienții vizuali care au ca acuitate vizuală perceperea mișcării mîinii și perceperea luminii precum și lipsa completă a vederii la AO și, în sfîrșit, această categorie cuprinde și deficienții care prezintă afecțiuni oculare bilaterale evolutive, cu prognostic rezervat în timp, ce impun o orientare profesională judicioasă și profilactică, în scopul păstrării resturilor de vedere, indiferent de valorile acuității vizuale sau de ceilalți parametri ai funcției vizuale.

În aceste afecțiuni oculare bilaterale grave se încadrează: glaucomul infantil (buftalmia); retinopatia pigmentară (degenerescența tapeto-retiniană); dezlipirea de retină; degenerescențele maculare; miopiile maligne (cu pata lui Fuchs); atrofia nervului optic; luxația și subluxația congenitală a cristalinului; microftalmia asociată sau nu cu colobomul uveal; albinismul și eventual cataracta congenitală (cînd nu sînt șanse de recuperare prin intervenție).

Aparent, restricțiile pentru unele afecțiuni menționate ar fi severe și într-adevăr există unele cazuri de atrofie a nervului optic, de exemplu, sau chiar de degenerescență maculară sau retiniană pigmentară, cînd acuitatea vizuală rămîne staționară la un moment dat. Deoarece însă, pe de o parte, nu pot fi luate ca bază unele excepții fericite, iar, pe de altă parte, în momentul orientării profesionale acești deficienți vizuali sînt la vîrsta de 14—18 ani, deci, cînd mai au în față un interval de minimum 40 de ani de existență și activitate profesională, nu putem ști niciodată ce se va întîmpla în acest interval de timp.

Or, este un lucru bine stabilit că o orientare și o reorientare profesională a deficienților vizuali sînt cu atît mai greu de efectuat în bune condiții, cu cît deficientul înaintează în vîrstă. Totodată, acest „baraj de precauțiune" este numai în avantajul deficientului, păstrîndu-i cît mai mult posibil resturile de vedere, chiar dacă acuitatea vizuală rămîne staționară.

În ultima perioadă de timp durata de școlarizare în școlile speciale pentru nevăzători și ambliopi este de 8 ani (4 clase primare și 4 gimnaziale) și echivalentă cu orice școală generală întrucît se obțin aceleași cunoștințe, utilizînd material didactic și aparatură specială, un număr sporit de ore și printr-o preocupare deosebită a cadrelor didactice (la orele de clasă și de pregătire).

FORME SPECIALE DE ÎNVĂȚĂMÎNT EXISTENTE PENTRU NEVĂZĂTORI

Elementar: Școli elementare speciale 9 clase (exclusiv grădinița), în orașele Cluj-Napoca (mixt), Buzău (mixt), Tîrgu Frumos (mixt), județul Iași.

Teoretic: Liceul sanitar București (băieți) 4 ani, Liceul sanitar Arad (fete), 4 ani. Absolvenții acestor licee primesc calificarea de oficianți sanitari, soră medicală, moașe.

Profesional: Școala profesională de nevăzători București din cadrul Grupului școlar special nr. 1 (băieți), 4 ani, cu următoarele secții: împletituri, perii, cartonaje, presator metale; Școala profesională nr. 6 Arad (fete) — 4 ani, cu următoarele secții: împletituri, perii, cartonaje.

*

A treia categorie de deficienți vizuali, deficienți incluși în criteriile de orientare profesională, o constituie monoftalmii.

După ce au absolvit 8 clase elementare în învățămîntul obișnuit, ei trebuie orientați profesional în secțiile profesionale și liceele speciale pentru ambliopi.

Ministerul Muncii a luat această măsură binevenită în 1972, înființînd o clasă de monoftalmi, paralelă cu clasa de ambliopi (tîmplărie) din cadrul Grupului școlar special nr. 1 București.

Această măsură se impunea stringent, întrucît această categorie de deficienți vizuali era respinsă aproape la toate școlile profesionale și liceele industriale obișnuite.

Criteriile de orientare a deficienților vizuali pentru învățămîntul profesional special sînt aplicate de către Institutul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, în cadrul Grupului școlar special nr. 1 București, încă din 1964. În acest interval de timp nu a existat nici un caz care să determine reorientarea deficientului.

În trecut, nevăzătorii erau recalificați pentru a deveni meseriași independenți, astăzi sînt pregătiți, în majoritatea cazurilor, ca muncitori calificați în ateliere și fabrici, unități sanitare ori activități intelectuale. Printre celelalte profesiuni posibile se mai pot cita (după J. Richard — 122) în Elveția: profesori de muzică, masori, profesori la școlile de nevăzători, tipografi în edituri de publicații braille, organiști, acordori de pian, îngrijitori la orbi, bibliotecari în biblioteci cu material scris în alfabet braille, împletitori, telefoniști, muncitoare pentru broderie la mașină, secretari, ambalatori de articole în serie, lucrători în ateliere de perii etc.

Una din cele mai solicitate orientări pentru nevăzători este aceea de bibliotecar la bibliotecile pentru nevăzători /46/ și cea de *masor* /39/. Masajul era practicat cu mii de ani în urmă de către nevăzători în Japonia și în Anglia (39). Azi el ocupă un loc de seamă în rîndul meseriilor practicate de nevăzători în multe țări și la noi. Masajul este o profesie care facilitează mult inserția socială a nevăzătorilor, după cum menționează și Victor Bănac la primul Simpozion de tiflologie, 1975. Meseria de masor solicită folosirea la maximum a simțului tactil-kinestezic (scris, citit braille, orientare în timp și spațiu, percepere și recunoașterea obiectelor, perceperea caracteristicilor pielii și depistării eventualelor tulburări ale ei etc.). Masajul se însușește în cadrul unor clase de fizioterapie unde, pe lîngă masaj se mai învață și alte practici înrudite din domeniul fizioterapiei, hidro- și electroterapiei.

Observațiile de pînă acum au arătat că, în condițiile unei corecte orientări și selecții judicioase, nevăzătorii (mai ales bărbații) devin buni profesioniști masori și/sau asistenți în cadrul hidro- sau electroterapiei, mulți dînd dovadă de spirit inventiv, realizînd aparate auxiliare făcînd astfel și mai eficientă munca lor /39/. Dat fiind că o parte dintre femei preferă masori-femei, s-a considerat potrivit

să se insiste ca o parte dintre elevii secțiilor de calificare masori să fie fete nevăzătoare.

O serie de autori, intre aceștia și H. Cohn /27/, insistă asupra calităților pe care trebuie să le îndeplinească masorii și fizioterapeuții nevăzători. Ei trebuie să fie perfect sănătoși și să aibă o mare mobilitate, să fie bine pregătiți profesional, să aibă personalitate și încredere în capacitatea de a efectua munca respectivă.

Masorul nevăzător (ca și cel văzător) trebuie să se pregătească continuu pentru activitatea profesională pe care o execută. El trebuie să consulte publicațiile periodice de fizioterapie, scrise în braille sau înregistrate pe bandă de magnetofon.

Masorii și fizioterapeuții nevăzători trebuie instruiți în așa fel încît să poată fi considerați egali cu colegii lor văzători.

În afară de aceste profesiuni, N. Xenakis /157/ mai recomandă calificarea pentru următoarele meserii: ceramist, electronist și o serie de activități de birou: standardist, dactilo- și stenograf, mecanograf, secretar. Se cere însă (L. Lacogne — 77) ca elevii care doresc să se califice în aceste ultime meserii să cunoască bine gramatica, ortografia, vocabularul și, în general, limba în care urmează să lucreze.

Din numeroase observații reiese că meseriile potrivite pentru nevăzători sînt acelea care solicită deprinderi verbale, memorie bună și abilitate manuală, pentru fete: tricotat, țesut covoare etc.

Monoftalmii pot fi calificați într-o gamă mult mai largă de profesii. Se contraindică profesionalizarea lor ca strungari ori lăcătuși, deoarece este expus la accidente ochiul unic /95/. Elena Trușcă și Marilena Marin /142/ subliniază că monoftalmii se adaptează după un timp la noua situație și realizează o vedere spațială largă care le permite o serie de profesii.

Observațiile unor autori, N. Segal și colab. /134/, J. P. Poli și colab. /115/, P. R. Bize și colab. /11/, J. P. W. Huges și M. A. Cooke /63/, arată că adaptarea în muncă se face mai ușor la persoanele care s-au născut sau au devenit monoculare înainte de profesionalizare. Ele se pot adapta mai ușor în profesiile ce nu necesită binocularitate. Se contraindică profesionalizarea în serviciile siguranței circulației, căi ferate, aviație, conducerea de vehicule. La monoftalmi este obligatorie utilizarea mijloacelor de protecție.

Reîncadrarea în muncă a celor ce au devenit monoculari după ce s-au profesionalizat se face cu oarecare dificultate numai în primele 3—12 luni. După acest interval la noi în țară ei sînt încadrați în condiții de muncă ce nu necesită vedere binoculară, și nu expun la accidente. Nu pot fi menținuți în siguranța circulației (feroviară, rutieră, aeriană). Unii autori, între care J. P. Huges și M. A. Cooke

/63/, consideră că monocularii pot activa în cele mai diverse meserii: siderurgie, construcții etc., deoarece chiar și subiecții binoculari în cazul unor eforturi binoculare își transformă vederea binoculară în vedere monoculară.

*

Pentru încadrarea muncitorilor în industria textilă selecționarea se face în așa fel încît să fie admise numai persoanele emetrope sau cu miopii mici pînă la 1—2 dioptrii și nu cu hipermetropii, astigmatisme, miopii mari sau presbiopii. Iluminatul la locul de muncă trebuie să fie combinat fluorescent și suficient /57/. Intensitatea luminii trebuie să fie între 500—1000 lucși, deoarece viteza percepției vizuale, atît de necesară la muncitorii din industria textilă, crește și este păstrată în timp prin niveluri intense de iluminat (E. Harnagea, G. Semaille — citați de — 121). Folosirea rațională a timpului liber din pauze prin gimnastică de înviorare (E. Chertes), sport, vizionare de imagini relaxante, poate duce la ameliorarea sau chiar la îndepărtarea oboselii oculare și, implicit, la îmbunătățirea muncii în industria textilă /121/.

Svetlana Dresseler și D. Ciumăgeanu /37/ insistă, la țesătoare, pentru o acuitate vizuală kinetică bună și teste psihologice cu valori considerate normale.

Ariana Șerbănescu și D. Mavrodin /135/ arată că și în *industria alimentară* există posibilitatea încadrării ambliopilor sau chiar a nevăzătorilor cu condiția ca să le fie repartizate locurile accesibile acestora (adică cele ce nu necesită vedere bună). Astfel, ei consideră, în baza studiilor efectuate, că aproximativ 28,6% din totalul locurilor de muncă din unitățile industriei alimentare pot fi ocupate de ambliopi sau nevăzători în cadrul meseriilor de preparator produse lactate (unt, brînză, înghețată); la prepararea mezelurilor; la prepararea produselor zaharoase (bomboane, specialități de ciocolată, jeleuri, rahat etc.); ca și cofetari-patiseri; mașiniști (alimentator, reglator, ambalator-mecanic în industria laptelui, a uleiului, cărnii și produselor zaharoase); ambalator manual al diferitelor produse din sectorul alimentar.

I. Eșanu și colab. /42, 43/ propun o serie de măsuri pentru recuperarea deficienților de adaptare la întuneric în subteran.

În mediul agricol, nevăzătorii pot lucra într-o serie de locuri de muncă: pot ajuta la semănat, la îmblătit fasole sau alte păstăioase; este mai bine ca ei să fie calificați în sectorul zootehnic pentru creșterea animalelor mici; pot lucra cu succes și în anexele C.A.P., ca artizani.

În cazul unor boli asociate patogenetic sau întîmplător, OP trebuie să țină seama de aceste stări patologice. Spre exemplu, tinerii

cu sindromul Marfan, care prezintă o serie de simptome generale cardio-respiratorii-digestive-articulare, asociate celor oculare, determinate de alterarea fibrelor elastice sau colagene, trebuie dispensarizați, tratați și orientați profesional către profesii cu solicitări fizice, psihice și oculare mici /125/.

O grijă deosebită trebuie să se manifeste față de tinerii care prezintă asociat surditate, tulburări de vorbire și/sau scăderea inteligenței sau tulburări comportamentale. Și aici, prin muncă perseverentă, competență și dragoste față de omul suferind, se pot obține rezultate bune.

Pentru recuperarea copiilor nevăzători și surzi a apărut și s-a dezvoltat o nouă știință numită *tiflosurdologie.* În țara noastră tiflosurdologia a culminat cu recuperarea la un nivel înalt a nevăzătorului surd Vasile Adamescu, absolvent universitar și profesor la clasa pentru deficienți complecși a Școlii speciale de nevăzători din Cluj-Napoca.

La noi în țară, primele preocupări de tiflosurdologie le-a avut profesorul George Halarevici, în anul 1924 /131/.

Pe plan mondial primele preocupări de acest fel au apărut în 1824 la Școala de surzi de la Hartford (SUA), iar întîiul succes a fost obținut de prof. Samuel Howe, de la școala de nevăzători din Boston. Ulterior, succese remarcabile s-au obținut de către Hirzel, în Franța, G. Reimann, în Germania, A. Sullivan, în SUA, I. A. Sokoleanski, în Uniunea Sovietică. Tezele optimiste ale tiflosurdologiei au fost pe deplin demonstrate, de avantajele lor beneficiind mulți copii cu asemenea grave deficiențe /131/.

Nevăzătorii cu albinism, pentru că au ochiul foarte sensibil la lumină, trebuie să evite OP pentru locuri de muncă ce implică lumină puternică.

Considerînd variabilitatea capacității vizuale în timp (odată cu înaintarea în vîrstă), precum și modificarea caracteristicilor activității profesionale impuse de mecanizare, se înțelege că un ambliop sau un nevăzător format pentru o profesie nu în toate cazurile va putea fi apt, toată viața, pentru aceeași muncă. Se impune o reevaluare periodică, pe profil în muncă, readaptări, flexibilitate și acomodări /30, 31/.

În aprilie 1979, s-a ținut la Iași un simpozion cu tema „Probleme și orientări ale recuperării complexe medicale, psihopedagogice, profesionale și sociale, prin învățămîntul special" unde s-au susținut rapoarte privitoare la handicapații vizuali și auditivi. Referindu-se la nevăzători, s-a arătat necesitatea unei juste orientări

profesionale a acestora, introducerea de noi meserii, printre care și aceea de operator telefonist ca și calificarea nevăzătorilor în meserii specifice lor /133/.

VI.7.2. Nevăzătorii și cercetarea științifică

Este greu să fie definite calitățile necesare în activitatea de cercetare. Nelipsite sînt însă următoarele: o neobosită dorință de cunoaștere și autodepășire, o voință permanentă pentru instruire și autoinstruire, renunțare la activități sărace în conținut științific, etic și moral, inteligență, disciplină, modestie, răbdare, perseverență. Aceste calități pot fi găsite la o parte dintre deficienți, în mod deosebit la nevăzătorii care cunosc alfabetul braille. Cu aceste calități și bine îndrumați, deficiența fizică trece pe un plan secundar. Neputînd participa la absolut toate aspectele vieții, le rămîne mai mult timp pentru cultivarea calităților subliniate înainte, creîndu-se astfel condiții ca, o parte dintre nevăzători să devină buni cercetători. Dincolo de aceste considerații teoretice, viața a arătat că dintre nevăzători s-au ridicat mulți matematicieni de valoare, muzicieni, fizicieni, fiziologi, biochimiști iluștri, psihologi, juriști ș.a. S-a observat, de asemenea, că, devenind nevăzători, o parte din cercetători au continuat să lucreze cu succes și în aceste condiții.

Jacques le Magnen /66/ pledează pentru încadrarea nevăzătorilor, în activitatea științifică, condiția fiind ca aceștia să arate „vocație", să folosească cu ușurință alfabetul braille pentru mai multe limbi de largă circulație, să utilizeze fișe și magnetofonul, care le pune la dispoziție documentația necesară, să-și organizeze munca și să-și valorifice rezultatele obținute.

Considerînd caracteristicile științelor, se apreciază că matematica, chimia și fizica teoretică sînt în special accesibile nevăzătorilor dotați. Cum cercetarea științifică este acum o muncă de echipă, se poate găsi loc pentru nevăzători talentați și muncitori în specialitățile amintite, în timp ce științele care se bazează pe observație pură (zoologia, botanica) le sînt mai puțin accesibile.

În laboratoarele de electronică și electrotehnică devine posibilă activarea nevăzătorilor prin înlocuirea cadranelor vizuale, colorate, cu indici sonori sau tactili.

O altă condiție a posibilei colaborări a unui nevăzător la o echipă de cercetare ar fi ca membrii echipei să manifeste încredere în el, să-l încurajeze și să-l ajute. Nevăzătorul, la rîndul său, trebuie să fie echilibrat psihic și să caute să se adapteze la condiția activității colective.

Cu aceste mențiuni, între orientările profesionale care se pot indica nevăzătorilor poate figura și cea de cercetător științific.

*

Cît de important este rolul profesorului — al educatorului în general — pentru reușita recuperării nevăzătorilor, ne-o dovedesc mărturiile Helenei Keller și ale compatriotului nostru prof. Vasile Adamescu, care afirmă că își datoresc recuperarea lor deplină profesorilor Anne Sullivan și, respectiv, Florica Sandu, Gh. Stancu și G. Damian /129, 1/.

VI.8. ACȚIUNI SOCIALE RECUPERATORII

Finalizarea acțiunii de recuperare se concretizează în încadrarea și menținerea în activitate a fostului deficient. Observația practică arată că deficienții bine studiați și tratați medical, bine orientați și pregătiți profesional, bine educați și ajutați pentru a depăși situațiile conflictuale dezadaptative — ce survin mai ales la începutul încadrării în activitate — tendințele deviante și carențele economice, au un bun comportament profesional /75/. În cadrul acestor măsuri, medicul de specialitate oftalmolog, medicul de întreprindere, Oficiul teritorial al forțelor de muncă, psihologul, medicul specializat în expertiza medicală și tehnicianul din echipa de recuperare, au rol de prim ordin /10, 75, 86, 93/.

O serie de reglementări de stat vin în sprijinul multilateral al nevăzătorilor privind problemele de asistență socială, și de încadrare în muncă și în activitatea productivă a acestora. Prin Legea nr. 3/1970 s-au reglementat formele de ocrotire ale tuturor categoriilor de minori aflați în situații deosebite, inclusiv deficienții de vedere, cărora li se asigură: școlarizarea, materialul didactic și echipamentul necesar în mod gratuit, cazarea gratuită a celor proveniți din alte localități, transportul — pe căile ferate la clasa a II-a — gratuit, în perioada vacanțelor, asigurarea condițiilor de muncă corespunzătoare situației de nevăzător sau ambliop.

O serie de acțiuni vin în sprijinul înlăturării sau diminuării sentimentului de izolare, determinat de reducerea sau de lipsa vederii. Astfel, s-a ușurat comunicarea directă în scrierea braille, procurarea și utilizarea imprimatelor braille la prețuri mici, scutirea de taxe pentru radio-radioficare și televizor. Pentru angajați și elevi, transportul în comun este gratuit, astfel încît ei se pot deplasa în arii din ce în ce mai largi. Menționăm că prin HCM 2466/1968 s-a acordat gratuitate pentru călătoriile pe calea ferată

și pentru însoțitorii invalizilor de război de gradul I, precum și marilor mutilați, printre care se află și numeroși nevăzători.

Nefăcîndu-se o deosebire principală între cetățenii văzători și cei ambliopi sau nevăzători, se urmărește ca, prin aceste legi, să li se asigure posibilitatea ca ei să trăiască într-o condiție umană corespunzătoare epocii contemporane.

Lidia Necșulescu și colab. /102/ arată că reușita integrării socioprofesionale a nevăzătorilor este condiționată de justa lor orientare profesională, de profesionalizarea și de încadrarea în activitatea pentru care s-au calificat. Încadrarea într-o altă activitate decît cea pentru care s-au calificat, ori pe care și-au dorit-o, duce la randamente mult scăzute și la fenomene de neadaptare.

Același colectiv de autori, referindu-se la copii și tineri, arată necesitatea ca școlarizarea și profesionalizarea deficienților vizuali să înceapă cît mai de timpuriu, să ia în considerare nivelul de inteligență și eventualele tulburări de comportament ale elevilor. În cazurile în care școlarizarea a început la o vîrstă ceva mai înaintată, însușirea cunoștințelor școlare și profesionale, adaptarea lor în muncă este mai dificilă.

Pentru ușurarea vieții nevăzătorilor se depun pe plan mondial eforturi numeroase și eficiente. Astfel, la Universitatea tehnică din Massachusetts a fost inventat și introdus un sistem electronic pentru transpunerea rapidă a textului de limbă engleză în scrierea braille, fapt care a făcut posibilă apariția presei cotidiene în scrierea braille; s-au creat aparate pe bază de ultrasunete extrem de miniaturizate, plasate într-o ramă de ochelari — similare cu cele realizate pentru surzi — aparate care îl ajută pe utilizator ca prin simpla mișcare a capului „să privească" în diferite direcții (L. Whyte — 150).

La noi, N. Mosora /101/ a inventat o seringă, accesibilă nevăzătorilor cu diabet zaharat decompensat, pentru ca aceștia să-și poată administra singuri insulina necesară.

Pentru a veni în sprijinul handicapaților în general — inclusiv a celor vizuali — s-au creat *Ateliere speciale cu muncă protejată* /132/ și *cooperative pentru invalizi*. În același scop, recent s-a creat „Societatea Internațională de Ergoftalmologie", care studiază tot ce se referă la relația ochi și muncă: prevenire, protecție, condiții de muncă, accidente de muncă, boli profesionale etc.

În zilele de 15—16 iunie 1979 a avut loc la Slatina (jud. Olt) Seminarul anual de oftalmologie, avînd printre altele și o temă: „Actualități în ergoftalmologie", cu referate prezentate de prof. N. Zolog (Timișoara), dr. Ileana Grigoriu (București — 159).

Observații numeroase, efectuate, pe o lungă perioadă de timp, în diferite țări ale lumii, arată că nevăzătorii sînt capabili de performanțe profesionale deosebite. Ei pot să conducă mici unități comerciale, cofetării, baruri, alte magazine cu trafic etc., cu condiția de a fi sprijiniți și a li se acorda încredere.

VI.8.1. Locul de muncă protejat

Locul de muncă protejat apare ca necesar cînd deficienții nu pot activa într-o întreprindere obișnuită, fie din cauza condițiilor de muncă particulare incompatibile, fie din cauza deficienței însăși. Interesul muncii protejate rezultă din caracterul său de ergoterapie și răspunde unor deziderate biologice, psihologice și economice, unanim recunoscute /132/.

Modul de organizare al întreprinderilor noastre permite amenajarea unor locuri de muncă în care au posibilitatea să activeze (cu program redus sau complet) deficienți vizuali, cu condiția ca să existe preocupări în acest sens.

Menționăm că în multe țări din lume se prevede ca cel puțin 10% din locurile întreprinderilor de stat și 6% din cele ale întreprinderilor particulare, să fie rezervate pentru deficienți, între care sînt incluși, în funcție de specific, și cei vizuali. În administrație sînt repartizate pentru handicapați 10 pînă la 16 locuri pe întreprindere /70/. Este obligatoriu ca aceste locuri să fie în permanență ocupate de deficienți, altfel patronul este penalizat cu o amendă apreciabilă. Din amenzile aplicate patronilor se realizează un fond numit „fondul de egalizare" destinat ajutorului celor grav vătămați (medical, social sau profesional), după nevoile fiecăruia /70/.

În afara legilor constrictive pentru patroni sînt și legi care apelează la bunăvoință, prin așa-zisa „Lege a bunăvoinței", prin care însăși patronii sînt invitați să-i sprijine pe cei deficienți. Există, de asemenea, asociații benevole care strîng fonduri pentru handicapați /70/.

VI.8.2. Cooperativele pentru invalizi

Așa cum s-a menționat, de mai multe ori în această lucrare, încununarea succesului deplin al recuperării deficienților vizuali presupune încadrarea lor în muncă și menținerea locului de muncă ales. Cooperativele de invalizi oculari reprezintă, din acest punct de vedere, un model. Dintre acestea mai cunoscute în țară sînt Coo-

perativa „Munca“ din București, cu 450 nevăzători și „Munca Invalizilor“ din Cluj-Napoca, unde sînt încadrați 190 nevăzători.

Încadrarea și apoi activarea nevăzătorilor în aceste cooperative (în care lucrează și pînă la 50% văzători) se desfășoară în mai multe etape, atît la Cluj-Napoca cît și la Cooperativa „Munca“ din București (A. Rosin, Paulina Horea — 124):

— Evaluarea capacității de prestație de către Cabinetul de Expertiză Medicală și Recuperare a capacității de muncă la care este arondată cooperativa;

— Repartizarea la locul de muncă ales;

— Instructajul general de protecție a muncii;

— Instructajul profesional;

— Urmărirea locului de muncă;

— Revizuiri periodice (6—12 luni) la cabinetul de EMRCM.

Reușita adaptării în muncă a nevăzătorilor depinde, în mare măsură, de calitatea activității asistenței sociale din cooperativă (Paulina Horea — 60).

Opiniem că următoarele măsuri de ordin organizatorico-administrativ și medico-social ar putea îmbunătăți mult, în viitor, întreaga activitate care se desfășoară în aceste cooperative:

— Măsuri ce privesc recrutarea nevăzătorilor și încadrarea lor în cooperativă: recrutarea să se facă mai ales dintre nevăzătorii tineri necalificați și din subiecții care au devenit nevăzători în procesul de producție:

— Organizarea procesului de producție să se facă în modul în care să permită calificarea sau recalificarea nevăzătorilor după principiile expuse în subcapitolul „Orientarea profesională a deficienților vizuali“;

— Să se urmărească adaptarea sau readaptarea nevăzătorilor în activitate, din punct de vedere biologic și socio-profesional;

— Să se activeze măsurile ce privesc cointeresarea morală și materială a acestora.

— Să se lărgească actualele secții pentru nevăzători; să se modifice unele locuri de muncă necorespunzătoare și să se creeze secții noi;

— Să se cunoască mai bine, de către medici, cooperativele destinate activității invalizilor (principiile de recrutare a invalizilor și sarcinile acestor cooperative);

— Să se lărgească posibilitatea de activitate la domiciliu a cooperatorilor nevăzători cu program complet sau redus la 4 ore, în funcție de posibilitățile psiho-fizice, calificare, dorințe, aspirații și de necesitățile economice loco-regionale sau naționale de prezent și de perspectivă;

— Planurile de producție ale acestor cooperative să fie mai mici;

— În cooperativele pentru nevăzători să se urmărească mai ales obiective sociale și mai puțin economice.

Totodată nevăzătorii trebuie să înțeleagă că ei au nu numai drepturi, dar și îndatoriri de care trebuie să se achite cu maximum de conștiinciozitate /116/. Aceste îndatoriri se rezumă la străduința de a da randament corespunzător la locul de muncă și de a duce o viață socială în conformitate cu normele de conviețuire ale epocii și orînduirii în care trăim.

Sînt multiple formele de solidaritate și de sprijin acordate nevăzătorilor; ele au ca scop ameliorarea condițiilor de informare, de muncă și de viață ale nevăzătorilor.

— *Mari biblioteci* cu reviste și cărți scrise în braille (exemplu, cea de la Leipzig) stau la dispoziția nevăzătorilor;

— *În anul 1980,* s-au aniversat 70 ani de la înființarea Muzeului Nevăzătorilor din Viena. Ideea necesității unui asemenea muzeu a fost lansată încă în anul 1804 de către Johann Wilhelm Klein, cel care, în acel an, a deschis la Viena prima școală de limba germană pentru nevăzători; vizitarea acestui muzeu oferă o imagine dinamică asupra preocupărilor de educație a nevăzătorilor și ușurează înțelegerea multiplelor eforturi pentru emanciparea acestora /13/;

— *În 1980, în R.D. Germania, s-a anunțat fabricarea în serie a mașinilor de scris în alfabetul braille,* cu grupări de puncte în relief, pentru nevăzători; modelul numit „Erika—500“ este prevăzut cu tot ce înlesnește munca unui nevăzător;

— *Există asociații de donatori de organe* — între care și de globi oculari sau anexe din el — ai cărei membri și-au asumat obligația ca, în caz de deces, organele lor să fie prelevate și transplantate celor care au nevoie de ele;

— Pentru a putea circula pe străzi, nevăzătorii se folosesc, pe lîngă alte mijloace, și de *cîini dresați,* iar, mai recent, de *papagali dresați* care pot semnala, prin cuvinte, eventualele obstacole (aceștia avînd avantajul că trăiesc mult — 50—60 ani —, iar întreținerea lor este ușoară);

— S-au construit cîntare speciale pentru nevăzători;

— Se fabrică în serie, și s-au pus în vînzare, casetofoane cu 6 piste, cu care nevăzătorii audiază cărțile vorbite;

— S-a construit așa-numitul „terminal braille“, care dă posibilitatea programatorilor nevăzători să „citească“ în relief rezultatele datelor oferite de ordinatoarele electronice, și care fac posibilă citirea cărților obișnuite; în acest fel electronica vine și în sprijinul nevăzătorilor /3/;

— Aparate speciale cu ultrasunete ajută nevăzătorii să evalueze distanța pînă la obiectele din față; iar noile sisteme de teledirijare îi vor ajuta să participe la diferite discipline sportive (ciclism, schi, înot), în trecut inaccesibile;

— S-a creat un aparat „*Audilux*", care permite celor cu cecitate absolută să afle că s-a luminat de ziuă, că este aprins sau nu becul electric în cameră, dacă o coală de hîrtie este scrisă sau nu;

— *Optaconul*, aparat recent creat, permite nevăzătorilor accesul la textele scrise /106/;

— *Braillexul* este unul din cele mai valoroase realizări tiflotehnice; inventat și experimentat în R.F. Germania, aparat complex cu multiple funcții: registru de cartotecă sau de arhivă; lexicon sau dicționar; carte vorbită; citirea unor texte în braille /130/.

— Conferințe tehnice naționale sau internaționale — cum a fost cea din iunie 1980 de la Hanovra — au ca teme /146/: Modernizarea auxiliarelor pentru nevăzători, făcînd posibil dialogul direct între fabricanții de ustensile pentru nevăzători și beneficiarii lor;

— Imprimări în braille, inclusiv cu posibilitatea de a sugera culorile;

— Organizarea mediului ambiant în scopul unei mai bune securități în apartamente, imobile, clădiri publice și pentru ușurarea orientării lor în spațiu și timp;

— În unele țări, s-au constituit echipe speciale care se preocupă de curățirea și îngrijirea căilor de acces mai des frecventate de nevăzători, cum ar fi trotuarele, urmărindu-se ca acestea să nu prezinte denivelări, diferite obstacole, autovehicule parcate sau alte obiecte de care nevăzătorii se pot ciocni și accidenta;

— S-au creat ochelari de protecție cu sticle duble (Selected);

— Se lucrează la întocmirea unui catalog de meserii pentru nevăzători.

VI.9. OBSERVAȚII ȘI PROPUNERI PRIVITOARE LA ÎNCADRAREA ÎN MUNCĂ A AMBLIOPILOR ȘI A NEVĂZĂTORILOR

Pe baza a numeroase observații personale, analize și discuții de la om la om, atît cu nevăzătorii, cît și cu conducerea Asociației Nevăzătorilor, Filiala Cluj, președintele Petru Timiș, colaboratorii: Laurențiu Crișan și Ilie Furtună — se pot face propuneri care vin în sprijinul încadrării în activitate a nevăzătorilor, în special a celor tineri.

Problema încadrării în muncă a nevăzătorilor nu este integral rezolvată. Absolvenții școlilor profesionale speciale se încadrează în muncă prin intervențiile pe care le face în acest scop Asociația nevăzătorilor împreună cu Direcția Muncii județene. Nici o unitate nu este obligată prin lege să încadreze nevăzători. De aceea încadrarea absolvenților este lăsată la latitudinea conducătorilor (președinților de cooperative), mai mult sau mai puțin înțelegători, care lasă de cele mai multe ori impresia că fac un act de deosebită bunăvoință prin această încadrare.

Ar fi necesar un act normativ, așa cum există în alte țări ale lumii, prin care unele profesiuni să fie rezevate cu predilecție (sau în exclusivitate) pentru nevăzători, cum ar fi profesiile de: maseur, telefonist, cartonagist etc.

Incadrările în muncă a maseurilor s-au făcut, pînă în prezent, cu ajutorul Ministerului Sănătății, care a creat posturi și a alocat fondul de salarii pentru toți absolvenții liceelor sanitare, calificați în profesia de maseur. Întrucît, în ultimii ani, au funcționat 3 licee sanitare, cu un număr total de 60—80 absolvenți anual, posturile de maseur au fost ocupate de aceștia.

Pentru viitor, posibilitățile de încadrare vor fi mai reduse deoarece prin pensionare se eliberează puține posturi (aproape toți maseurii din țară au vîrsta sub 40 de ani).

Telefonia este puțin practicată de către nevăzătorii de la noi din țară, în timp ce ea se practică pe scară largă în alte țări (de exemplu, în R.S.F. Iugoslavia). Dacă ar exista și pentru această profesie un act normativ care să favorizeze încadrarea ca telefoniști a nevăzătorilor, s-ar putea elibera sau crea multe locuri de muncă pentru nevăzători în toate județele și în centrele urbane, locuri ocupate în prezent de persoane cu vedere normală.

Dintre meseriile manuale, cartonajul este cel mai apreciat de nevăzători. Dată fiind varietatea operațiilor necesare în confecționarea cutiilor, în secțiile de cartonaj pot fi plasate toate categoriile de nevăzători. Nevăzătorii pot lucra bine și la capsat și biguit; ambliopii pot lucra bine la diferite operații de croit, iar nevăzătorii care au asociată și o deficiență locomotorie (de statică sau de manipulație), precum și cei cu debilitate mintală, pot lucra cu randament la faza de îndoit cartonul.

Cartonajul este, așa cum o dovedește activitatea practică, o meserie rentabilă; secțiile de cartonaj din cooperative au realizări frumoase. Azi, cînd toate județele țării sînt industrializate, avînd unități care au nevoie de ambalaje, posibilitățile de încadrare a nevăzătorilor sînt mult mai mari, fără a se impune concentrarea lor

în cîteva centre din țară. Este necesară însă o dispoziție oficială prin care unitățile care au secții de cartonaj să fie obligate să încadreze nevăzători sau să comande efectuarea de produse din carton numai secțiilor de nevăzători din cooperativele meșteșugărești teritoriale.

Ideea trecerii în patrimoniul Asociației nevăzătorilor a secțiilor de cartonaj, perii, mături ș.a., în care lucrează nevăzători, este bună. Dacă această idee ar fi acceptată s-ar crea posibiltatea încadrării în condiții mai ușoare și mai operative a nevăzătorilor. Beneficiile realizate de aceste secții sau unități productive, ar putea fi folosite pentru dezvoltarea unităților respective, pentru construcția de locuințe, cluburi pentru nevăzători. Astfel de întreprinderi există în URSS și în Bulgaria. În cooperativele agricole de producție mai mari, eventual la sediul consiliilor intercooperatiste, s-ar putea crea secții anexe în care să lucreze nevăzătorii: împletit de coșuri, scaune, mese, obiecte artizanale, produse din nuiele, din papură sau din paie, ori să fie folosiți la alte activități în anexele C.A.P.

Ar fi bine ca ori de cîte ori Asociația găsește un loc de muncă potrivit pentru un nevăzător, unitatea respectivă să facă încadrarea acestuia, eventual prin transferul unui văzător într-o altă secție sau la o altă operație în cadrul aceleiași secții sau întreprinderi. În multe secții, pentru a se putea realiza planul de producție, lucrează alături de nevăzători și văzători.

Este bună, justă și umană legislația actuală prin care retribuția tarifară a nevăzătorilor este mai mare decît a văzătorilor, de la aceleași locuri de muncă, cu 35% pentru cei încadrați în gradul I de invaliditate și 15% pentru cei încadrați în gradul II de invaliditate.

Nevăzătorii apreciază mult dispoziția legală care îngăduie invalizilor încadrați în gradul I de invaliditate, din cauza unei afecțiuni oculare primită în timpul activității de om al muncii, să se poată reîncadra într-o muncă specifică nevăzătorilor, putînd cumula pensia cu retribuția. Această categorie de pensionari sînt în general persoane încă tinere, la care munca are atît un caracter recuperator cît și de completare a bugetului familial.

Este remarcabil efortul pe care nevăzătorul îl depune atît în procesul muncii (nu numai fizic, ci mai ales neuro-psihic), cît și cu ocazia deplasării la locul de muncă, de aceea înlesnirile se justifică ca o compensație la acest efort (cum s-a arătat și în capitolul al III-lea al acestei lucrări).

VI.10. PARTICULARITĂȚILE RECUPERĂRII LA COPIII NEVĂZĂTORI

O particularitate importantă a acestor copii — care fie că s-au născut nevăzători, fie că cecitatea le-a apărut în primii ani după naștere — este aceea că adesea ei sînt purtătorii unui handicap dublu, triplu sau mai complex. Adesea, cecitatea este asociată cu surditate, cu tulburări de vorbire, și ca urmare a acestora, se remarcă dezvoltarea insuficientă a facultăților psihice și a capacității intelectuale.

O altă particularitate este necesitatea unor investigații mai complexe care să permită un diagnostic complet și argumentat pe baza căruia să se poată institui și aplica planul terapeutic individualizat.

Din aceste particularități biologice rezultă particularitățile reabilitării:

— Dominanța mijloacelor de acțiune biologice care să vizeze conservarea și, pe cît posibil, creșterea restantului vizual prin toate mijloacele cunoscute și recunoscute ca eficiente în cazul dat;

— Ameliorarea și, dacă este posibil, lichidarea deficiențelor morfofuncționale asociate, prin aplicarea mijloacelor recuperatorii necesare;

— Sprijinirea mecanismelor fiziologice compensatorii vizuale prin dezvoltarea altor simțuri intacte (tactil-kinestezice, auditive etc.);

— Aplicarea mijloacelor de tiflopedagogie;

— Aplicarea tifloaparaturii necesare;

— Reeducarea (dacă este nevoie) a membrilor de familie a nevăzătorului;

— Justa orientare profesională /148/;

— Rezolvarea unor probleme sociale, școlare sau de la granița dintre viața școlară și cea profesională a nevăzătorului;

— Rezolvarea altor probleme strict personale ale copilului respectiv.

Menționăm ca o premieră tehnică clujeană de mare valoare pentru nevăzători: *imprimantă serială în cod Braille, comandată de microsistem*, realizată de tînăra ingineră Corina Moșoigo. Textul cu caractere latine, introdus într-un sistem de calcul, este preluat de aparat, convertit în alfabetul Braille și tipărit caracter cu caracter pe hîrtie, cu viteză de 16 caractere pe secundă. În prezent, se lucrează pentru punerea în producție a aparatului în cadrul Întreprinderii de întreținere și reparații utilaj de calcul și electronică profesională /IIRUC/ Cluj.

Copiii surzi și nevăzători reprezintă o categorie de handicapați a căror recuperare pune o serie de probleme foarte dificile și solicită, în general, soluții specifice.

După J. Coll se disting următoarele categorii de astfel de handicapați:

— Surzi și nevăzători totali — congenitali;
— Surzi și nevăzători totali cu afecțiuni cîștigate;
— Slabi auditivi și ambliopi;
— Handicapați auditivi care prezintă și tulburări de refracție oculară;
— Handicapați vizuali la care se asociază și surditate, (hemeralopie + surditate de percepție).

În unele țări, cum este Franța, s-au constituit asociații naționale pentru handicapații surzi și nevăzători, avînd statuat modul lor complex de într-ajutor și recuperare.

La acești handicapați sînt prezente tulburările de personalitate, care se asociază celor vizuale și auditive (J. Souriau — 139).

Etiopatogeneza acestor asociații profund handicapante este determinată, după J. Coll /26/, de rubeolă în cel puțin 2/3 din cazuri.

Educația precoce a copiilor surzi și nevăzători și recuperarea lor complexă sînt trecute, în Franța /139/, în politica prioritară a Ministerului Sănătății. Ea nu este considerată de nimeni „un lux pentru națiune".

În țara noastră, există, de asemenea, preocupări pentru recuperarea acestor handicapați. Planul de recuperare al polihandicapaților este strict individualizat și depășește obiectivele acestei lucrări.

VI.11. PARTICULARITĂȚILE RECUPERĂRII NEVĂZĂTORILOR CU CECITATE DOBÎNDITĂ LA VÎRSTE ÎNAINTATE

Este cunoscut că cecitatea care apare la vîrste înaintate creează mai multe probleme de ordin social decît de ordin profesional.

Apariția cecității la vîrste înaintate găsește deficientul format din punct de vedere profesional, și dacă astfel de probleme nu se mai pun, devin prioritare aspectele biologice și sociale ale recuperării.

Cecitatea tardivă condiționează unele reacții psihice care însă nu schimbă radical personalitatea subiectului.

Este nevoie de o psihoterapie activă, care să vizeze atît nevăzătorul cît și familia, în sensul susținerii adaptării la noua situație. Astfel, psihoterapia trebuie să înceapă imediat după apariția bolii cauzatoare de cecitate.

Trebuie ca handicapatul să fie ajutat multilateral /84, 127, 166/

— Trebuie ajutat să-și mențină vechile relații de familie;
— I se vor da ca exemple nevăzători de vîrste apropiate care s-au adaptat la noua situație;
— Trebuie ajutat să învețe să se autoservească și să-și stabilească unele puncte de reper cu ajutorul cărora să se orienteze în cameră, în casă, iar apoi în localitate;
— Trebuie ajutat să-și dezvolte simțul tactil, auditiv, kinestezo-motor, de echilibru și olfactiv, în vederea orientării;
— Trebuie ajutat să-și confecționeze încălțăminte care să-l ajute la mers;
— Trebuie să învețe scrisul și cititul în braille;
— Familia trebuie sfătuită să-i respecte cît mai fidel vechile deprinderi, iar topografia lucrurilor din cameră să nu se schimbe, astfel încît nevăzătorul să se orienteze cu ușurință;
— Trebuie sfătuit și ajutat să-și păstreze cunoștințele profesionale, să fie acceptată continuarea activității în vechiul colectiv, în care s-a dovedit eficient, continuată informarea în specialitate și în preocupările extraprofesionale, precum și păstrarea vechilor prietenii;
— Trebuie să execute unele activități din ramura în care a lucrat anterior pierderii vederii, cunoscut fiind că munca contribuie și la compensarea caracterială /17/;
— Trebuie să se înscrie la Filiala Asociației locale și să participe la activitățile colective organizate de aceasta;
— Trebuie învățat să folosească tifloaparatura proprie nevăzătorilor: bastonul alb, ceasul special pentru nevăzători, acul de cusut, dispozitive de pus lichide în pahar, aparatură electronică pentru orientare și culturalizare; în acest sens trebuie ajutat să-și procure magnetofon, casetofon, picup etc.

Dacă cecitatea a survenit în timpul activității de om al muncii, nevăzătorul trebuie să știe că primește pensia de invaliditate de gradul I, iar dacă se reîncadrează în activitate, primește și retribuția integrală pentru munca depusă, situație similară cu cea a invalizilor de război, suficiente motive care să justifice reluarea activității.

În mod permanent, nevăzătorul trebuie să țină legătura cu un tiflopedagog care să-l ajute să învețe să cunoască litere în relief în

sistemul Klein și, bineînțeles, cele din sistemul braille, să-l inițieze în folosirea tifloaparaturii.

O atenție deosebită se acordă nevăzătorilor care au ajuns vîrstnici. În țara noastră există peste 9.000 de nevăzători care au depășit vîrsta de 50 ani. Plecîndu-se de la ideea că „nu se urmărește numai să se acorde cîțiva ani la viața oamenilor, ci să se dea viață anilor", se preconizează acțiuni recuperatorii speciale pentru vîrstnicii nevăzători, la care familia are rol important, prin mijloacele care s-au amintit mai sus /81/.

Relațiile dintre membrii echipei de recuperare și nevăzător trebuie să fie sincere, să nu se dea o alarmă falsă, dar nici speranțe nefondate care întrețin o permanentă stare de neliniște.

Nevăzătorul în vîrstă trebuie, în mod special, ajutat să aibă preocupări care să-l distragă de la gîndul invalidității sale, să fie încadrat în muncă în sistem organizat și să fie ajutat să-și folosească timpul liber.

Trebuie să li se dea exemple pozitive de modul cum s-au compensat numeroși nevăzători chiar și la vîrste mai înaintate. În acest fel, ni se pare demonstrativă situația unui nevăzător din Canada: Gilles Beaudry, în vîrstă de 49 ani, care a fost ales, în anul 1966, primar al orașului Joliette, localitate cu 18.000 locuitori, aproape de Montreal. El a spus: „pentru a fi un primar eficient și cinstit nu ai nevoie de vedere . . . la fel și pentru a fi sensibil la nevoile cetățenilor și disponibil la orice oră" („Viața Nouă", nr. 2, 1979, p. 28).

Un fermier danez îngrijește 19 vaci de rasă și obține anual o producție de lapte și unt mult superioară mediei pe țară. El își îndeplinește sarcinile atît de bine, cu atîta îndemînare, încît nimeni nu ar spune că este nevăzător („Viața Nouă", nr. 4, 1979, p. 27).

Acești nevăzători muncitori și perseverenți trebuie să constituie puncte de reper și exemple mobilizatoare, către care trebuie să tindă cei mai entuziaști dintre nevăzători; nu toți pot să ajungă la performanțe, dar toți trebuie să-și mențină un tonus somatic și psihic echilibrat, iar societatea trebuie să le asigure sprijin multilateral pentru a-și putea continua o existență demnă.

VI.12. PARTICULARITĂȚILE RECUPERĂRII FEMEILOR NEVĂZĂTOARE

Recuperarea femeilor nevăzătoare se supune principiilor generale ale recuperării nevăzătorilor. Există însă anumite particularități de care trebuie să se țină seama în alcătuirea planului de

recuperare. Evidențierea acestor particularități este ușurată de faptul că, în anul 1975, declarat de OMS ca „Anul internațional al femeii", au fost dezbătute, sub diferite aspecte, variatele probleme legate de condiția umană a femeii valide sau handicapate.

Problemele legate de recuperarea femeii nevăzătoare au făcut obiectul „Conferinței internaționale a nevăzătorilor" care s-a ținut la Belgrad între 18 și 20 noiembrie 1975 /36/. Conferința a avut 5 sesiuni principale de lucru:

1. Statutul femeii nevăzătoare;
2. Femeia nevăzătoare, familia ei, participarea sa în comunitate;
3. Accesul la educație;
4. Accesul la antrenament și angajare;
5. Accesul la reabilitare.

Din dezbaterile prilejuite de această conferință și de alte simpozioane și reuniuni naționale și internaționale, precum și din observațiile de fiecare zi, se poate deduce că recuperarea femeii nevăzătoare trebuie să aibă în vedere, pe lîngă problemele generale ale recuperării bărbaților nevăzători, sarcinile proprii ale femeilor și anume: însușirea îndeletnicirilor gospodărești, pregătirea mesei, îngrijirea copiilor etc.

În ultimii ani, s-au realizat progrese mari în toate problemele privitoare la recuperarea femeii nevăzătoare în sensul pregătirii și accesului la viața activă, sub toate aspectele. Astfel, se citează cazul D-nei Alma Murphey din St. Louis, SUA, care nevăzătoare fiind, s-a căsătorit cu nevăzător, a crescut 6 copii și a fost implicată în viața comunității /36/.

Conferința de la Belgrad (1975) a adoptat următoarele rezoluții:

— Recunoașterea că în lume sînt peste 20 milioane nevăzători, dintre care aproape jumătate sînt femei și că 70% din acestea prezintă o cecitate care putea fi evitată;

— Nu există un statut al femeilor nevăzătoare în majoritatea țărilor;

— S-au aprobat rezoluțiile elaborate cu prilejul lucrărilor conferinței din Mexico, cu ocazia Anului internațional al femeii, ținută în luna iunie 1975;

— Apreciind faptul că nevăzătorii nu-și pot exercita drepturile lor umane fără introducerea și aplicarea unor măsuri complexe de sprijinire, educare și reabilitare, se propune elaborarea și aplicarea acestor măsuri recuperatorii în toate cazurile, la femeia nevăzătoare;

— Se solicită organismelor speciale ale Națiunilor Unite, ela-

borarea măsurilor direcționate spre particularitățile recuperării femeilor nevăzătoare;

— Este necesară încurajarea și sprijinirea cercetării științifice pe plan internațional pentru promovarea femeilor, inclusiv a celor nevăzătoare;

— S-a subliniat necesitatea îndemnării tuturor guvernelor țărilor lumii pentru sprijinirea planurilor de educație, sănătate, securitate socială și bunăstare familială a nevăzătorilor, inclusiv (și în mod particular) a femeilor nevăzătoare;

— S-a susținut acordarea atenției deosebite persoanelor polihandicapate;

— S-a subliniat necesitatea creării unor comitete poli- și interdisciplinare, care să se ocupe de întocmirea planurilor naționale, regionale și internaționale pentru prevenirea și combaterea cecității, în mod deosebit a celei prevenibile;

— S-a subliniat necesitatea încurajării femeii nevăzătoare pentru participarea sa la viața activă;

— O atenție deosebită trebuie acordată femeilor nevăzătoare din mediul rural; în acest domeniu se citează experiența Ghanei, care a elaborat încă din 1964 un plan complex de recuperare a femeii nevăzătoare de la țară.

Experimentul Ghana în această problemă merită o atenție deosebită. În această țară, considerată slab dezvoltată, cauza esențială a cecității este trahomul. Acțiunea de recuperare complexă a nevăzătorilor din mediul rural, cu accent deosebit pe femeia nevăzătoare, a primit sprijin din partea societăților de binefacere din țară și străinătate, în special din partea Asociației Internaționale pentru Bunăstarea Nevăzătorilor; astfel s-au organizat echipe complexe care s-au deplasat la sate pentru depistarea, explorarea, tratamentul medicamentos și chirurgical al nevăzătorilor și al deficienților vizuali. Femeile nevăzătoare au fost ajutate să-și însușească micile tehnici de autoservire și cele de mică gospodărie (măturat, spălat, gătit), au fost de asemenea ajutate să-și însușească deprinderi simple, posibil de efectuat în satul de domiciliu (împletituri din rafie și nuiele, frînghii și rogojini). Unele au fost învățate să toarcă lînă, să facă vase de lut sau alte lucrări de tip artizanal. Altele au fost inițiate în cultivarea anumitor plante.

După ce o nevăzătoare a învățat o meserie, societatea din care face parte o ajută să-și procure materii prime, micile ustensile necesare, precum și să-și vîndă produsele finite.

Un alt experiment al Ghanei, așa-numitul „Proiect chioșc", a constat în crearea de mici chioșcuri în fața caselor unde domiciliază, în care nevăzătoarea vinde produse agricole sau artizanale. În activitatea lor sînt ajutate de familie și de prieteni.

În țara noastră, ca și în țările socialiste, nu există nici o deosebire între femeia și bărbatul nevăzător; ambii se bucură, prin legile țării și, în cadrul acestora, prin asociațiile județene de nevăzători, de tot sprijinul, astfel încît viața lor să fie cît mai apropiată de cea a persoanelor valide.

În cooperativele sau secțiile în care sînt încadrați nevăzători sau ambliopi, femeile și bărbații lucrează împreună în locuri potrivite. Recuperarea femeilor are în vedere în mod deosebit însușirea practicilor de autoservire proprii femeii și a celor de mică gospodărie și îngrijire a copiilor în spațiul închis al locuinței. Activitatea ca telefonistă este pe drept considerată ca cea mai potrivită pentru nevăzătoare.

VI.13. PROBLEME BIOPSIHOSOCIALE PE CARE LE RIDICĂ ADESEA DEFICIENȚII VIZUALI

Din cele prezentate pînă acum reiese că deficienții oculari, și în special nevăzătorii, pun o serie de probleme biopsihosociale care trebuie să fie luate în considerare în procesul de recuperare complexă a acestora. Dintre ele insistăm asupra următoarelor: *căsătoria tinerilor nevăzători; folosirea rațională a timpului liber de către nevăzători* și *problema capacității de conducere auto și deficiența vizuală.*

VI.13.1. Căsătoria tinerilor nevăzători

Căsătoria tinerilor nevăzători ridică o serie de probleme cu profunde repercusiuni în structura personalității, în viața lor socială și în primul rînd în familia din care fac parte.

Problemele ridicate de nevăzători în familie diferă în funcție de o serie de date individuale și ale microcolectivului respectiv: vîrsta la care s-a pierdut vederea, asocierea sau nu a altor deficiențe (senzoriale, psihice sau fizice), situația profesională a nevăzătorului, starea economică a familiei, răsunetul deficienței asupra celorlalți membri ai familiei, numărul și situația socioeconomică a fiecărui membru al familiei etc.

Grupate după caracteristica lor, aceste probleme sînt: medicale, pedagogice și socio-economice.

Problemele de ordin medical se referă la necesitatea îngrijirii bolii de bază a nevăzătorului, precum și a consecințelor pe care

le are lipsa de vedere asupra stării psihice a nevăzătorului însăși și a familiei sale. Se urmărește colaborarea cu organele sanitare și cu Asociația nevăzătorilor pentru a aplica toate măsurile medicale și socio-profesionale necesare. În familie, trebuie să se asigure atît orientarea în spațiu (însoțirea în diferite deplasări: școală, loc de muncă etc.) cît și îngrijirea sa.

Însoțitorul trebuie să cunoască psihologia nevăzătorului, sentimentele, nevoile și interesele sale de viață, pentru a-l ajuta să se adapteze mediului înconjurător.

Familia trebuie să sprijine, după nevoie, educarea, școlarizarea, profesionalizarea, găsirea unui loc de muncă corespunzător și menținerea acestuia de către nevăzător.

Adesea, ca urmare a multiplelor sarcini ce revin celor văzători din cadrul familiei nevăzătorului, pot apare și o serie de alte probleme psihice sau fizice ca: surmenajul, astenia sau nevroza celor văzători, mai ales a femeii care este expusă la eforturi mari, ca urmare se modifică echilibrul biopsihic al familiei, dînd naștere la complexe afective. Prin tact și sacrificiu conștient, aceste stări se pot evita. În nici un caz familia nu trebuie să manifeste sentimente de compătimire, de milă sau de reproș în cazul acestor gravi dificienți pentru a nu le crea complexe de inferioritate care, printr-un cerc vicios, ar agrava starea tensională din familie.

Familia în care ambii soți sînt nevăzători ridică probleme și mai grele, deoarece cei doi soți nu au posibilitatea să se sprijine decît în măsură foarte mică, fiind necesar un ajutor extrafamilial care să le asigure aprovizionarea, efectuarea unor treburi gospodărești etc.

Existența copiilor în aceste familii complică și mai mult situația, deoarece părinții orbi nu pot să asigure îngrijirea și educația lor, fiind adesea necesară internarea într-o instituție specializată sau plasamentul lor familial. În cazul copiilor născuți nevăzători, instituționalizarea lor este absolut necesară.

Probleme de ordin educativ-pedagogic sînt cele care s-au tratat într-un capitol anterior. Se presupune că tinerii căsătoriți nevăzători și-au încheiat educația și pregătirea profesională. În unele cazuri, se pune problema reîndrumării sau reorientării lor profesionale și mai întotdeauna necesitatea reciclărilor.

Problemele socio-economice ale familiilor care cuprind și nevăzători și cu atît mai mult a cuplurilor de nevăzători rămîn multiple cu tot sprijinul acordat acestor familii. Trebuie suplimentate înlesnirile și preocupările societății, întrucît lipsa vederii nu poate fi înlocuită cu nimic.

În afară de aceasta se mai adaugă și probleme biologice, care se resfrîng asupra descendenților. Există, după cum bine se știe, orbiri care sînt datorate unor boli ereditare, cum ar fi retinopatia pigmentară. Căsătoria între doi tineri nevăzători, ca urmare a retinopatiei pigmentare, trebuie împiedicată, prin sfat genetic, deoarece o mare parte dintre copiii născuți au perspectiva de a deveni nevăzători. Aproximativ similar se pune problema și în cazul tinerilor deveniți nevăzători ca urmare a complicațiilor oculare din diabetul juvenil (87), de asemenea, în cele cu gliom retinian familial și în familiile cu glaucom congenital (96).

Acestea sînt, sumar schițate, problemele pe care le ridică familia care cuprinde nevăzători. În aceste condiții tinerii nevăzători trebuie să fie bine și complet informați asupra problemelor medicale, biopsihice și socio-economice pe care căsătoria le implică.

VI.13.2. Folosirea rațională a timpului liber de către nevăzători

În condițiile vieții moderne cu automatizarea și mecanizarea activităților, cu organizarea științifică și mai echitabilă a muncii profesionale, este necesară organizarea rațională a timpului liber pentru dezvoltarea condiției umane la valori cît mai înalte. Aceste date sînt valabile în măsură mai mare pentru nevăzători, al căror „timp liber" este mai mare decît al celor văzători. Preocupări pentru folosirea utilă a acestuia s-au manifestat în ultimele decenii (S. Guillemet — 54; R. Piedefer — 114 ș.a.).

Prin timp liber se înțelege timpul care rămîne după îndeplinirea sarcinilor profesionale a celor obștești și a odihnei necesare menținerii stării de sănătate.

Sociologii afirmă că omenirea a intrat într-o civilizație a timpului liber și a distracțiilor.

În mod spontan, oamenii au căutat să-și ocupe cît mai plăcut timpul liber prin practicarea unor activități de tip „hobbyes", „bricolage", „loisirs" sau „distracții". După Dumazerbier — citat de S. Guillemet (54) — „distracțiile constituie un ansamblu de ocupații pe care subiectul le practică de bună voie, fie pentru a se odihni, fie pentru a-și îmbogăți informarea sau pregătirea dezinteresată, participarea socială voluntară, sau capacitatea liber creatoare, după ce s-a degajat de obligațiile sale profesionale, familiale sau sociale".

Din această definiție, care se suprapune și peste aceea de „hobbyes" sau „loisirs", reiese că timpul liber se folosește pentru îmbogățirea spirituală, menținerea și întărirea sănătății, culturalizare, moralizare etc. Ideea nu este

nouă: marele medic Aulus Cornelius Celsus arăta că „schimbarea felului de muncă înlătură oboseala".

Oameni de știință de mare renume, văzători, au căutat să-și acopere timpul liber în mod cît mai plăcut și util:

— Max Planck, marele fizician, elev și prieten al lui Einstein, a condus un cerc de cîntăreți și era un virtuos interpret la clavir;

— Theorell — laureat al premiului Nobel — obosit, cînta la vioară opere de Beethoven și ulterior a observat că acestea-i activau imaginația în efectuarea cu succes a cercetărilor sale în domeniul enzimologiei;

— V. Papilian era, pe lîngă om de știință, scriitor, muzician și artist. Mulți susțin că după hobby-ul ce-l are, unui om i se poate cunoaște caracterul, inclusiv în condiții de boală (100).

Exemple de acest fel pot fi multiplicate, dar cele expuse sînt suficiente pentru a intui cît de utilă poate fi folosirea judicioasă a timpului liber.

Nevăzătorii, ca dealtfel și văzătorii, trebuiesc ajutați să-și folosească bine timpul liber încă din copilărie, așa cum s-a afirmat în capitolul în care ne-am ocupat de educația permanentă a copiilor nevăzători.

Adulții nevăzători trebuie să fie ajutați să folosească timpul liber cît mai variat cu ajutorul văzătorilor.

Nevăzătorii adulți trebuie toți înscriși în cluburi. Cei la care cecitatea s-a instalat tardiv, beneficiază în SUA de servicii speciale la domiciliu „Home teachers" care-i ajută să însușească cunoștințe și, în general să trăiască în condiții acceptabile.

Bătrînii nevăzători beneficiază de cămine, „Homes", unde se desfășoară activități culturale, manuale și recreative (R. Piedefer — 114).

Paralel cu educația nevăzătorilor, se face și o educație a publicului văzător în spiritul respectului și ajutorului ce trebuie să-l acorde nevăzătorilor. În acest scop, se utilizează mijloace moderne mass-media: radio, ziare locale, televiziunea etc.

VI.13.3. Problema capacității de conducere auto și deficiența vizuală

Dovada importanței care se acordă acestei probleme este faptul că în anul 1977 s-a ținut la Paris „Primul Congres Internațional asupra vederii și securității rutiere". Rapoartele prezentate au fost reunite într-un volum de peste 500 pagini (Editions de la Prévention routière internationale, 91310 Linas Montlhéry). Lucrarea cuprinde 7 capitole distincte: vederea și accidentele; capacitatea vizuală a conducătorilor auto; vederea și conducerea pe timp de noapte; semnalizarea și informația conducătorului auto; oboseala vizuală a conducătorului auto, corecția optică și protecția oculară; reglementări privitoare la această problemă. Anterior (1965), ea a fost abordată și la noi de P. Cernea și Maria Brănișteanu (21).

Problema „handicapul vizual și permisul de conducere" a fost dezbătută apoi, pe plan larg internațional, în aprilie 1980 (163), sub toate aspectele sale: condițiile obținerii carnetului de conducere; controlul periodic și ritmicitatea acestuia, în funcție și de tipul permisului de conducere solicitat A, A_1, A_2, A_3 B (și parțial) C, D, E, F etc.

Discuții se mai poartă referitor la deficienții cu discromatopsii între cei „mai exigenți" specialiști și cei cu vederi „mai largi". Aceștia din urmă, opiniază pentru acordarea de permise și discromaților în condițiile îmbogățirii semnelor de circulație cu indicatoare care, prin forma lor particulară, să suplinească deficiența în aprecierea culorilor. S-a indicat că aceste noi semne să aibă la început o valabilitate restrînsă (județeană sau națională) urmînd ca, după acumularea experienței, să se decidă asupra eliminării sau extinderii lor.

Conducerea oricărui mijloc de locomoție auto nu se poate concepe fără vedere. Problema cea mai importantă și controversată este aceea a aprecierii capacității vizuale minime cu care se mai poate conduce cunoscut fiind că persoane cu aceeași acuitate vizuală se comportă la volan foarte diferit. Greutățile se amplifică și prin faptul că oftalmologul în cabinetul său evaluează așa-numita „vedere-statică" în timp ce în procesul de conducere este solicitată „vederea dinamică", adică capacitatea cu care conducătorul auto poate aprecia atît situația de moment, cît și evoluția situației în momentele următoare. Unui conducător bun îi sînt necesare, pe lîngă funcții vizuale fundamentale, o bună capacitate de a zări, de a vedea dintr-o privire rapidă, de ansamblu, și de a putea prevedea situațiile pe baza a ceea ce vede (I. Györfy — 55). De mare importanță sînt și factorii psihici.

În baza unor studii ample și multilaterale s-a putut concluziona în unele țări că pentru a se evita accidentele este necesară AV sumată la AO de 0,3—0,4 ca minimumul necesar, dar aceasta este insuficientă din punct de vedere al siguranței circulației într-un trafic intens. Baremurile oftalmologice s-au dezvoltat variat în diferite țări, în funcție de condițiile locale. Trebuie luate în considerare situația cîmpului vizual, scotoamele, sensibilitatea la lumina de bază, la întuneric și la ebluisare, ceea ce duce la concluzia că deficienții vizuali gravi (slab văzători, nevăzători) nu pot conduce vehicule.

Problema se poate discuta în cazul ambliopilor și monoftalmilor pentru vehicule speciale cu viteză și rază de parcurs limitate.

E. Rațiu, I. I. Glăvan (120) ș.a. sînt restrictivi în aceea ce privește acordarea carnetului de conducere la persoane cu deficiențe vizuale, mai ales față de cei care urmează să conducă autovehicule grele, autospeciale sau autovehicule destinate transportului de călători în comun. Ei au opiniat în 1967 pentru interdicția permisului auto la monoculari și heteroforici, de grad mare.

Prin Ord. M.S. și M.A.I. nr. 22 și 2075 din 22 februarie 1982 (publicat în „Muncitorul Sanitar" nr. 1596/2. IV. 1983) sînt reglementate baremele A (conductori profesioniști) și B (conductori amatori) pentru toate specialitățile medicale inclusiv oftalmologie.

Acuitatea vizuală minimă pentru categoria A este de 1/2 la un ochi și 2/3 la celălalt, la admiterea în școală, și 1/2 respectiv 1/3, la examen periodic.

La conducătorii auto amatori (categoria B), acuitatea minimă este de 1/3 la un ochi și 1/4 la celălalt.

Suferinzii cu boli grave oculare: glaucom, dezlipire de retină, retinopatie pigmentară, strabisme mari ș.a. toate cuprinse în partea specială a lucrării noastre, nu sînt admiși ca și conducători auto pe perioada de evoluție a bolii indiferent de acuitatea lor vizuală.

Tulburările vizuale din cadrul insuficienței circulatorii cerebrale cronice sînt considerate de Z. Nick și H. Nicolle (104) elemente ce impun restricții în obținerea carnetului de conducere.

Hemianopsia dreaptă duce la dificultăți de parcare lîngă trotuarul pe care-l atinge, poate accidenta bicicliștii sau mașinile în depășire, în timp ce *în hemianopsia stîngă,* conducătorul auto are tendință de a ocupa mijlocul drumului. *Alterarea cîmpului vizual superior* nu permite aprecierea înălțimii unei bolte, *iar a celui inferior* împiedică conducătorul să vadă pe partea carosabilă (obiecte, copii, animale ș.a.).

VI.13.4. **Probleme medico-sociale ale handicapaților (ambliopi și nevăzători) care lucrează în cadrul Cooperativei „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca**

La Cooperativa „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca există o secție în care lucrează 95 de nevăzători și 77 de mari ambliopi.

Secția pentru nevăzători a acestei cooperative s-a înființat în ianuarie 1955, în cadrul unei cooperative în care activau și alți handicapați senzoriali (surzi, surdo-muți), psihici, locomotori și viscerali.

În ultimii ani, membrii cooperatori, inclusiv nevăzătorii și ambliopii, își desfășoară munca într-o secție modern construită și adecvată deficiențelor morfofuncționale ale handicapaților.

În vederea cunoașterii problemelor medico-sociale care îi preocupă pe handicapații vizuali, s-a inițiat o amplă investigație medico-socială efectuată după următoarea metodologie (89):

— S-a alcătuit o fișă pentru fiecare handicapat care cuprinde: numele, sexul, vîrsta, o serie de date biologice (antecedentele eredocolaterale și cele personale), situația familială (căsătorit, necăsătorit, divorțat), numărul copiilor, diagnosticul bolii de bază oculară și al eventualelor asociații, vîrsta instalării handicapului vizual, date profesionale (calificare, locul de muncă, vechimea în muncă). S-a investigat comportamentul în familie și la locul de muncă, s-au cules date privitoare la petrecerea timpului liber, la dorințele și aspirațiile de viitor ale persoanelor respective.

Rezultatele investigației noastre, privitoare la grupa nevăzătorilor, au fost următoarele:

1. *Vîrsta actuală a nevăzătorilor* și sexul sînt redate în tabelul alăturat:

Vîrsta în ani	Număr	Procent	Sex	
			bărbați	femei
pînă la 30	35	36,9	19(54,3%)	16(45,7%)
între 31—40	31	32,6	14(45,2%)	17(54,8%)
„ 41—50	23	24,2	15(65,2%)	8(34,8%)
„ 51—60	6	6,3	3(50%)	3(50%)
Total:	95	100%	51(54,7%)	44(46,3%)

Din aceste date se vede că numărul nevăzătorilor încadrați în cooperativă scade după împlinirea vîrstei de 40 ani.

Vîrsta medie a nevăzătorilor din Cooperativa din Cluj-Napoca este 35,77 ani, din care, la bărbați, este 36,6, iar la femei 34,7 ani.

2. *Vîrsta la pierderea vederii* este redată în tabelul următor:

Vîrsta la pierderea vederii	nr. cazuri	procente
congenitală	41	43,2
sub 1 an	9	9,5
între 2 și 5 ani	6	6,3
„ 6 și 10 ani	12	12,6
„ 11 și 20 ani	18	18,9
„ 21 și 30 ani	7	7,4
„ 31 și 40 ani	—	—
peste 41 ani	2	2,1

Datele expuse în tabel evidențiază că aproape jumătate din nevăzătorii încadrați în această unitate (43,2%) s-au născut nevăzători și că orbirea apărută între vîrsta de 1—20 ani este mai frecventă decît după această limită.

3. *Grupele nosologice și bolile* care au determinat orbirea sînt redate în tabelul următor:

Boala	nr. cazuri	procente
Atrofia de globi oculari	24	25,3
Leucom cornean	13	13,7
Cataractă	11	11,6
Miopie forte	10	10,5
Glaucom	8	8,4
Retinopatii (pigmentare și diabetice)	7	7,4

Restul afecțiunilor pînă la 95 (respectiv pînă la proporția de 100%) este determinată de anoftalmii operatorii și diferite traumatisme oculare (inclusiv cele de pe urmă războiului).

4. *Urmărind antecedentele eredocolaterale* ale nevăzătorilor se remarcă faptul că aproape 5% din nevăzători au avut părinți nevăzători.

5. *Privitor la antecedentele* personale trebuie subliniată frecvența mare (30,5%) a rujeolei și a altor boli infecțioase din copilărie, în proporție de încă 20%. Un procent mic (2%) au avut meningite și un caz a fost operat cu tumoare cerebrală benignă.

Ca asociații morbide s-au evidențiat: reumatismul cronic, în proporție de 22%, diferite forme de neuroze, în 18,9% din cazuri, debilitatea mintală, în 6,3%, iar un nevăzător a prezentat „morbus sacer".

6. *Ca probleme socio-familiale* menționăm următoarele date importante:

a). 61 nevăzători (respectiv 64,21%) sînt căsătoriți din care 27 (44,3%) cu parteneri văzători, iar 34 (55,7%) cu nevăzători; 34 dintre ei sînt necăsătoriți (35,79%).

Din cei 61 nevăzători căsătoriți, 38 au copii după cum urmează:
— un copil, 19 nevăzători
— 2 copii, 13 „
— 3 copii, 3 „
— 4 copii, 2 „
— 6 copii, un nevăzător

Cei 38 nevăzători căsătoriți și cu copii au în total 68 copii. Rezultă că cei 95 nevăzători ai cooperativei au 68 copii.

b). *Probleme profesionale*

Toți cei 95 nevăzători sînt calificați în următoarele meserii:
— 59 (62,14%) cartonajiști;
— 34 (35,80%) perieri;
— 2 (2,1%) specializați în confecționarea diferitelor piese din metal.

Menționăm că toți au policalificare, astfel încît ei pot lucra la orice secție din cadrul cooperativei în funcție de nevoile producției.

Absenteismul și productivitatea muncii lor sînt egale cu ale văzătorilor de aceeași vîrstă, ce lucrează în locuri de muncă similare.

c) *Investigațiile privitoare la aspirațiile nevăzătorilor* ne-au arătat că majoritatea ar dori să fie sănătoși, să poată vedea. Cei necăsătoriți, ar dori, în majoritate, să se căsătorească și să fie fericiți.

Cei care au copii ar dori ca măcar copiii lor să fie sănătoși, fericiți și să învețe bine.

d) *Comportamentul nevăzătorilor* a fost observat o lungă perioadă de timp, practic de la cooptarea lor în cooperativă. Majoritatea au un comportament corespunzător atît în familie cît și la locul de muncă.

Se observă un grad sporit de sensibilitate, mai ales în perioadele cînd ceva se schimbă în modul lor de viață sau de muncă. Astfel, cu ocazia schimbării grosimii sîrmei din care se confecționau periile, nevăzătorii au fost o perioadă de timp preocupați și neliniștiți că nu-și vor îndeplini planul de muncă. Lor trebuie să li se explice cu răbdare și tact orice schimbare ce se produce la locul de muncă sau în procesul tehnologic.

Asocierea nevrozei astenice sau a celei revendicative creează unele tulburări în desfășurarea muncii și în comportamentul general profesional și familial. Depășirea situațiilor conflictuale cere înțelegere și cunoașterea psihologiei nevăzătorului, pentru combaterea manifestărilor de comportament deviant.

Datele privitoare la cei 77 mari ambliopi încadrați în Cooperativa „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca, au fost următoarele:

1. *Sexul și vîrsta actuală* sînt redate în tabelul următor:

Vîrsta în ani	Număr	Procent	Sex	
			masculin	feminin
pînă la 30	47	61,1	16(34,0%)	31(66,0%)
între 31—40	13	16,8	2(15,4%)	11(84,6%)
„ 41—50	9	11,7	—	9(100%)
„ 51—60	8	10,4	2(25%)	6(75%)
Total:	77	100%	20(26,0%)	57(74,0%)

Din aceste date reiese că majoritatea ambliopilor (61%) au sub vîrsta de 30 ani și că numărul lor scade treptat după această vîrstă. Este evidentă dominanța netă a sexului feminin (74%), atît ca număr final, cît și pe grupe de vîrstă, situație inversă față de nevăzători unde se evidențiază o ușoară dominanță a sexului masculin.

2. *Antecedentele eredocolaterale* încărcate sînt prezente la 3 ambliopi. Majoritatea au avut bolile infecto-contagioase specifice copilăriei. *Ca asociații,* menționăm reumatismul cronic și, semnificativ, diferite forme de nevroză.

Vîrsta medie a întregului lot este de 31,40 ani din care, la bărbați, 24,05 ani, iar la femei 33,98 ani (datorită faptului că femeile intră mai tîrziu în activitatea organizată, rămînînd o perioadă mai îndelungată în mediul lor familial).

3. *Vîrsta la instalarea ambliopiei* este redată în cele ce urmează:
— congenitală, 33 cazuri (42,9%);
— sub un an 1 caz (1,3%);
— între 2 și 5 ani, 28 cazuri (36,3%);
— între 6 și 10 ani, 7 cazuri (9,1%);
— între 11 și 30 ani, 6 cazuri (7,8%);
— între 21 și 30 ani, 1 caz (1,3%);
— peste 41 ani, 1 caz (1,3%).

Din aceste date reiese, întocmai ca și în cazul nevăzătorilor, că aproape jumătate din ambliopi prezintă handicapul vizual congenital sau încă din mica copilărie, procentul celor ce devin ambliopi după vîrsta de 5 ani este foarte mic, date similare cu ale altor autori (92).

4. *Grupele nosologice și bolile care au determinat ambliopia în cazul* handicapaților urmăriți de noi au fost următoarele:

— *Tulburările de refracție,* 52 cazuri, respectiv 67,5% din care *hipermetropie,* 26 cazuri (33,7%), *miopie,* 5 cazuri (6,5%), *astigmatism:* hipermetropic 7 cazuri (9,1%), miopic 11 cazuri (14,3%) și mixt, 3 cazuri (3,9%);

— *Atrofia de nerv optic, strabismul* și *leucomul cornean* cîte 4 cazuri, în total 12 cazuri (15,6%);

— *Glaucom,* 2 cazuri (2,6%);

— *Ptoză palpebrală asociată, retinopatie pigmentară* și *degenerescență maculară,* sechele corioretiniene în restul cazurilor.

Din aceste date se poate deduce că atrofia nervului optic, leucomul cornean, cataracta congenitală, miopia forte, glaucomul și retinopatiile sînt cauzele principale ale orbirii, iar tulburările de refracție reprezintă cauza principală a marilor ambliopii.

5. *Ca probleme socio-familiale ale ambliopilor lotului studiat, menționăm* că 30 persoane (39%) sînt necăsătoriți și 40 persoane (51,9%) sînt căsătoriți, din care 39 (97,5%) cu văzători și 1 (2,5%) cu nevăzător. În total, cei 77 ambliopi, au 70 copii, ceva mai mult decît numărul realizat de nevăzători; în ansamblu, handicapații vizuali nu sînt prolifici.

6. *Probleme profesionale.* Toți cei 77 mari ambliopi sînt calificați în profesiuni potrivite pentru ei, mult mai deversificate decît la nevăzători. Cei mai mulți sînt calificați și lucrează la secția metrilemn și marochinerie, urmată de secția cartonaj, confecționat piese mici de metal, lipit pungi, confecționat perii, mecanică fină, confecționat jucării și galvanizare.

Menționăm că, întocmai ca și în cazul nevăzătorilor, ambliopii sînt policalificați astfel încît ei pot lucra și în alte locuri de muncă ale cooperativei în funcție de nevoile producției.

7. *Comportamentul ambliopilor* la locul de muncă este în majoritatea cazurilor corespunzător. Doar cîteva cazuri se adaptează mai greu și, cazuri cu totul izolate, sînt nedisciplinați ori lipsesc de la serviciu.

În ansamblu, subsecția ambliopi nu depășește media zilelor de incapacitate temporară de muncă realizată pe întreaga cooperativă.

Comportamentul în familie este necorespunzător la 3 ambliopi, ca urmare una dintre familii s-a dezorganizat, iar în altele două sînt neînțelegeri.

Următoarele măsuri organizatoric-administrative și medico-sociale ar putea îmbunătăți, în viitor, activitatea care se desfășoară în aceste cooperative:

— Funcția acestor cooperative să fie prioritar medico-socială și secundar economică (să aibă planuri de producție mai nuanțate);

— Recuperarea și încadrarea oamenilor muncii în secțiile cu ambliopi sau nevăzători ale cooperativei să se facă cu avizul cabinetelor medicale teritoriale de oftalmologie, dintre deficienții vizuali din teritoriul arondat cabinetului respectiv;

— Organizarea procesului de producție să se facă în așa fel încît să permită calificarea sau recalificarea handicapaților vizuali după principiile cunoscute de „orientare profesională a persoanelor handicapate";

— Intensificarea măsurilor ce privesc cointeresarea morală și materială a handicapaților ce lucrează în aceste cooperative;

— Să se vegheze asupra respectării principiilor de oftalmoergonomie.

Este necesar ca medicii să cunoască sarcinile cooperativelor de invalizi, condițiile de activitate și specificul de muncă al acestora, de asemenea, criteriile de recrutare a handicapaților oculari pentru prestarea activității în aceste cooperative.

VI.13.5. **Rolul învățămîntului superior pentru formarea de cadre care să activeze în domeniul expertizei medicale și recuperării capacității de muncă (EMRCM)**

În concordanță cu obiectivele activității de EMRCM, cadrele de specialiști și de tehnicieni ce le îndeplinesc, trebuie să fie calificate. Astfel, a apărut necesitatea formării acestor cadre într-un sistem instituțional organizat.

În țara noastră, medicii specialiști în metodologia, legislația și practica activității EMRCM se formează în cadrul Ministerului Muncii, la Institutul de EMRCM de la București prin învățămîntul postuniversitar și prin sistemul de secundariat. Celelalte cadre menționate în echipa de recuperare se formează prin învățămîntul tehnic și, respectiv, universitar (psihoterapeuți, profesori de gimnastică medicală etc.).

D. I. Arbatkaia și colab. (4), arată necesitatea predării expertizei medicale și recuperării capacității de muncă la studenții în medicină și în cadrul cursurilor de perfecționare postuniversitare din URSS, problemă dezbătută, în același timp, și la noi (45).

Învățămîntul EMRCM trebuie să educe studenții în medicină și medicii astfel, ca aceștia să nu accepte ideea încadrării în invaliditate pînă nu s-au epuizat toate mijloacele recuperatorii. Prezența unei boli sau deficiențe cronice nu impune totdeauna scoaterea lucrătorului din activitate și încadrarea sa în invaliditate, ci mai întîi se procedează la schimbarea locului de muncă dintr-unul nepotrivit într-unul compatibil cu capacitatea sa de prestație (eventual în cadrul art. nr. 29 din Legea nr. 3/1977).

VI.13.6. **Necesitatea obiectivă a dezvoltării activității de recuperare pentru deficienții vizuali**

Necesitatea dezvoltării activității de recuperare în general și cea a bolnavilor oculari cronici, ambliopi, nevăzători, monoculari, în special și integrarea lor în cadrul asistenței sanitare generale este impulsionată de trei factori care se conjugă:

1. *Creșterea numărului deficienților* (mai ales tineri) care se estimează la 15—25% din întregul potențial de muncă al societății, din care aproximativ 2—3% sînt deficienți oculari.

2. *Progresul tehnic actual (automatizarea și mecanizarea activităților profesionale)* a condiționat scăderea efortului fizic și locomotor profesional, în schimb a determinat creșterea efortului psihosenzorial și a celui de coordonare, permițînd folosirea, cu randament, a persoanelor cu capacitate de prestație scăzută pentru eforturile energetice; prin aceasta s-a înlesnit accesul handicapaților, inclusiv și a celor vizuali, la circuitul economic.

3. *Dorința handicapaților, inclusiv a celor vizuali, de a intra în activitatea organizată și de a participa la procesul de producție* este un fapt de observație curentă care ține de ridicarea nivelului cultural și civic al acestora, de dovedirea efectului sanogen al muncii, făcută în condiții oftalmoergonomice, și de eficiența psihică, economică și socială a oricărei activități profesionale, atît pentru deficient, cît și pentru societate. Azi se știe că „forța omului se uzează stînd și crește lucrînd". Societatea și-a luat ca sarcină să întrețină și să ofere condiții umane de viață tuturor cetățenilor inclusiv handicapaților vizuali. Numărul mare de handicapați de diferite etiologii rezultă și din aceea că, prin tehnicile actuale de reanimare, anestezie și intervenții chirurgicale, sînt salvați și ajung să supraviețuiască copii care în trecut erau condamnați încă din primele zile, luni sau ani de viață. Antibioticele de mare eficiență, din epoca noastră, acționează în același sens. Mulți din acești copii trăiesc, dar o parte dintre ei sînt handicapați senzorial, locomotor, psihic și/sau organo-visceral, pentru tot restul vieții, mărind numărul handicapaților pe care societatea trebuie să-i îngrijească. Cum această sarcină nu este ușoară, societatea, în ansamblul ei, a devenit receptivă și interesată în recuperarea unui număr cît mai mare de persoane handicapate, între care și nevăzători, pentru ca aceștia din dependenți și consumatori să devină producători de bunuri materiale și spirituale. Conjugînd această situație cu refuzul unei mari părți dintre handicapați de a se menține în postura de dependenți sociali, avem schițat tabloul care ne convinge că trăim în epoca în care, recuperarea devine „nucleul actual al politicii sanitare".

Capitolul în care s-a tratat morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă și invaliditatea prin boli oculare ne scutește de comentarii privitoare la ponderea recuperării bolnavilor oculari în cadrul problemei generale a recuperării persoanelor handicapate de la noi. Prezentăm un aspect de calcul pe plan mondial.

Gudmund Harlem, fostul președinte al „International Society

for Rehabilitation of the Disabled", a arătat, pentru țările înalt industrializate, că:

— *50%* din populație nu lucrează fiind prea tînără sau prea bătrînă;

— *4—8%* sînt ocupați în învățămînt;

— *10—15 pînă la 20% sînt deficienți* care pot fi încadrați în activitate doar parțial sau sînt incapabili de orice activitate în sistem organizat;

— *20—25% din populație participă la procesul de producție, ea întreține* prin munca sa întreaga societate;

— *4% din toți copiii sînt deficienți și au nevoie de ocrotire specială. Consiliul European al Muncii apreciază, de asemenea, că 20 pînă la 25% din întreaga populație este deficientă în diferite grade.*

Date fiind aceste cifre, apropiate de cele existente și în țara noastră, apar justificate măsurile care trebuie luate pentru a readuce în circuitul economic cît mai mulți dintre acești handicapați de diferite etiologii, între care și cei oculari.

Adăugăm aici și persoanele cu deficiențe vizuale ca urmare a vîrstei înaintate, cunoscut fiind că, după vîrsta de 40 ani, se evidențiază în general o scădere ușoară dar progresivă a capacității vizuale. 52% din populația Republicii Federale Germania, trecută de 16 ani, este purtătoare de ochelari (după cum comunică Uniunea centrală a opticienilor din Düsseldorf).

Creșterea mediei de longevitate în toată lumea a dus la schimbări demografice importante caracterizate prin creșterea numărului persoanelor de vîrsta a treia. Urmare a condițiilor noi de viață — în special a igienizării vieții — și a existenței unor produse medicamentoase eficiente, se conservă și capacitatea de prestație a omului de vîrstă mai înaintată.

Senescența, prin ea însăși, favorizează — mai ales în caz de inactivitate — o serie de modificări, generale și oculare, morfologice, fiziopatologice și psihice involutive, care duc la scăderea treptată a capacității de prestație a persoanelor respective (18), precum și a capacității lor senzoriale, inclusiv a vederii.

VI.13.7. Activitatea practică a recuperării capacității de muncă a deficienților vizuali

Se impune cunoașterea handicapaților oculari pe grupe de vîrste, diagnostic anatomo-clinic și deficit funcțional vizual, în vederea alcătuirii planurilor individuale de recuperare de către echipe com-

plexe formate pe scheletul asistenței medicale teritoriale obișnuite. Ar trebui ca la fiecare dispensar medical să existe catagrafierea handicapaților vizuali teritoriali, repartizați pe vîrste, sexe, grupe de afecțiuni și deficitul optic.

S-ar putea lua în considerare următoarele grupe de vîrste:

— Pînă la vîrsta de 16 ani trebuie dispensarizați la Policlinica pentru Copii (cît se mențin în evidența acestora), după care urmează ca documentele medicale să fie transferate la Policlinica Teritorială pentru Adulți;

— De la vîrsta de 17 ani pînă la vîrsta de 20 ani, cît durează școlarizarea generală, orientarea profesională și profesionalizarea;

— De la 21 ani pînă la vîrsta de 35 ani, cît se pot reîndruma profesional;

— De la vîrsta de 36 ani pînă la vîrsta de 50 ani, cît durează în medie perioada de activitate;

— De la vîrsta de 51 ani în sus.

În funcție de aceste date se face școlarizarea:

— În școli speciale rezervate exclusiv ambliopilor sau nevăzătorilor;

— În clase de copii ambliopi pe lîngă școlile de masă;

— În clase de ambliopi pe lîngă școlile de nevăzători;

— În școlile de masă la care colaborează și un defectolog.

Specific acestor școli sînt:

— Aplicarea mijloacelor tiflotehnice, care este obligatorie;

— Folosirea cărților cu litere mari, a televizoarelor, ce permit mărirea după nevoie a literelor și imaginilor, care sînt de un real folos pentru însușirea cititului de către nevăzători.

Profesionalizarea ambliopilor și a nevăzătorilor continuă obligatoriu școlarizarea, după o perioadă prealabilă de atentă orientare și selecție profesională.

Plasarea în activitatea organizată a deficientului este încununarea deplină a recuperării socio-profesionale;

Odată încadrați se impune:

— Asigurarea și menținerea condițiilor oftalmoergonomice de activitate;

— Acordarea sprijinului necesar și multilateral pentru menținerea locului de muncă ales și pentru rezolvarea problemelor sale sociale, familiale și profesionale; aceasta se constituie ca o chezășie a menținerii recuperării obținute.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Adamescu, V., *„Omagiu Helenei Keller,* Viața nouă, 4, 1980, p. 6.
2. Albu, Angela, *Importanța exercițiilor de dezvoltare a analizorilor intacți pentru formarea deprinderilor de orientare spațială a elevilor,* Viața nouă, 4, 1979, 6.
3. Anastasiu, George, *Electronica a fost pusă în slujba cecității,* Viața nouă, 3, 1977, 9.
4. Arbatkaia, D. I., Duhovnaia, L. O., Gapohova, S. I., Sovetsk, Zdravooh., 30, 10, 1971, 45.
5. Attrill, J. C., „2nd. Olympic Summer Games for the Disabled". Review of the European Blind, 4. XXX, 1980, 10.
6. Baciu Clement, *Programe de gimnastică medicală,* Ed. Stadion, 1974.
7. Bănac Victor, *Sensul și semnificația considerării noțiunii de „nevăzător" în limbajul actual,* Primul Simpozion de tiflologie în România, 6—7, septembrie 1975, București, vol. lucrărilor, 157—163.
8. Barbu, Petre, *Privire asupra muzicografiei braille, a evoluției și a dezvoltării ei în timp,* Viața nouă, 2, 1979, 21.
9. Bergmann, U., *Readaptarea copiilor și adolescenților cu infirmități vizuale grave,* Klinische Monatsblätter für Augenteilkunde, 1, 1965, 11.
10. Berlogea, O., *Raport prezentat la a V-a Sesiune științifică a Academiei de Științe Medicale,* București, ianuarie 1974.
11. Bize, P. R., Arondel, E., Piérre, P., *Vision monoculaire et travail,* Arch. mal. Prof. (Paris), 1967, 28.
12. Béchac, G., *L'oeil et le sport,* Méd. Toulouse, 1979, XV., 287—292.
13. Bleier, F. M., *A Museum of the Blind in Vienna,* Review of the European Blind 3, 1980, 12.
14. Bogdan, Francisca, Segal N. Leția Liana, *Grădinița specială pentru copii străbici din Oradea în al XIII-lea an de activitate,* Oftalmologia 1, 1979, 39—40.
15. Bonnac, P. J., Mur, J., *Les aides visuelles pour amblyopes,* Réadaptation, 148, 1968, 23—25.
16. Botez, C., Maniali, M., Pufan, P., *Selectia și orientarea profesională,* Centrul de documentare și publicații al Ministerului Muncii, Buc., 1971.
17. Brad, Doina, *Compensarea caracterială și prin muncă a nevăzătorilor,* Viața nouă, 3, 1979, 21.
18. Bronisch, W. P., *Spezielle Zielsetzung bei altern Menschen,* Rehabilitation, vol. I, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 24.
19. Brunel, H., M-lle North, *La scolarité des amblyopes,* Rehabilitation, 148, 1968, 17—21.
20. Carapancea, M., *Adaptarea ochiului la ochelarii provizorii,* Magazin, 11 martie 1978, 2.
21. Cernea, P., Maria Brădișteanu, *Probleme vizuale privind conducătorii de autovehicule,* Oftalmologia, IX, 4, 1965, 359.
22. Chambbet, M., *Adaptation de l'aveugle récent,* Arch. Ophtalmol., 23, 1973, 57—58.
23. Chaulet, M., *L'integration scolaire des amblyopes dans un collège de la région parisienne,* Réadaptation, 276, javier, 1981, 4.
24. Ciornenschi, Al., *Învățământul preșcolar și general pentru deficienții de vedere,* în vol. Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7. IX. 1975, Bucuresti, 63—73.
25. Cîrligeanu, George-Birțu, *Unele probleme referitoare la sistemul didactic de formare a literelor braille,* Primul Simpozion de tiflologie din România, București, 6—7 IX, 1975, Vol. lucrărilor, 112—119.

26. Coll, J., *Les sourd-aveugles. Diagnostique médical,* Réadaptation, 274, nov. 1980, 5.
27. Cohn, H., *Pregătirea profesională și posibilitatea de angajare a masorilor și fizioterapeuților lipsiți de vedere,* — Referat prezentat de Adunarea Generală a Comitetului European Regional, a World Council for the Welfare of the Blind (W C W B), Copenhaga, 30 iunie—2 iulie, 1970.
28. Convard, R., *Introduction,* Réadaptation, 148, 1968, 3—6.
29. Convard, R., *Les déficients visuels ou amblyopes,* Réadaptation, nr. special 177, febr. 1971, 21—24.
30. Damaschin, D., *Realizări și perspective în recuperarea și integrarea socială a deficienților de vedere,* Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7. IX. 1975, București, Vol. lucrărilor, 92—102.
31. Damaschin, D., *Nevăzătorul cu debilitate mintală. Dilemă și soluții în învățămînt și recuperare,* Viața nouă, 4, 1976, 3, și 1, 1973, 3.
32. Delthil, Simone, *Les enfants déficients visuels,* Réadaptation, 148, 1968, 7—10.
33. Delthil, P., *Les Associations pathologiques chez les écoliers amblyopes, Réadaptation,* 148, 1968, 11—12.
34. Desai Homi, *Models of Basic Rehabilitation,* în Vol. *Proceedings of the World Assembly of the World Council for the Welfare of the Blind held in Antwerp,* Belgium, August 1—10, 1979, Theme: „Cooperation", p. 199.
35. Diaconescu, Nastasia, *Indicații privitoare la metodele de predare la copilul orb-surdomut,* Primul Simpozion de tiflologie din România, București, 6—7 IX. 1975, Vol. lucrărilor 164—172 și Viața nouă 2, 1976, 19.
36. Doris, M., *Special Needs of Blind Women,* în Vol. *Proceedings of the World Assembly of the World Council for the Welfare of the Blind held în Antwerp,* Belgium, August 1—10, 1979, Theme: Cooperation, p. 273—279.
37. Dressler, Svetlana, Ciumăgeanu, D., *Corelația dintre acuitatea vizuală kinetică și o baterie de teste psihologice. Valențele psihologice ale probei,* Oftalmologia, 1, 1980, 20.
38. Drăgan, I., În Vol. *Medicina Sportivă,* capitolul *Oftalmologia și sportul,* redactat de F. Savu și Lucreția Tărășescu, Ed. Stadion, 1974, 125—136.
39. Dumitrache, Maria, *Pregătirea și instruirea masorilor și asistenților nevăzători,* Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7, IX, 1975, București, Vol. lucrărilor, 270—276.

39a. Dumitrache, Dumitru, *Mijloace de educare și culturalizare a nevăzătorilor în cadrul asociației,* Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7 IX. 1975. București, Vol. lucrărilor, 183—186.

40. Dumoulin, I., *L'éducation précoce et la guidance parentale des jeunes enfant sourds-aveugles,* Réadaptation, 274, nov. 1980, 9.
41. Dumrese, C., Stahr, B., *Eirichtungen der medizinischen Rehabilitation* în *Rehabilitation,* Vol. I., Georg Theme Verlag, Stuttgart, 1975. 291—301.
42. Eșanu, I., Marian, N., *Aspecte ale recuperării deficienților de adaptare la obscuritate în subteran,* Comunicare USSM, Filiala Hunedoara în ziua de 7. IX. 1979.
43. Eșanu I., *Propuneri privind baremul de aptitudini vizuale necesare profesiunii de miner,* Oftalmologia, XII, 2, 1980, 173.
44. Fairre, H., *Les enfants sourds-aveugles,* Réadaptation, 264, nov. 1980, 3.
45. Fodor, O., Marin, Fl., *Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă în învățământul medical,* Clujul Medical, 3, 1971, 519—522
46. Fourina, I. L., *Les bibliothécaires handicapés de la vue dans les bibliothéques pour aveugles,* Revue des aveugles européens, 4, XXX, 1980, 18.

47. Frîncu, D., *Unele probleme privitoare la orientarea profesională a nevăzătorilor*, Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7 IX. 1975, București, Vol. lucrărilor, 235—248.
48. Fromm, W., Suhrweier, H., *Einige Angaben zum Schülerbestand in Sehschwachen Schulen*, Das deutsche Gesundheitswesen (R.D. Germania), 48, 1961, 2272—2277.
49. Frunzetti, Niculina, *Deficiențele fizice specifice nevăzătorilor și necesitatea corectării lor*, Viața nouă, 1, 1981, 10.
50. Furtună, Ilie, *O frumoasă afirmare a sportivilor nevăzători români peste hotare*, Viața nouă, 4, 1977, 10.
51. Geffrier, A., *Educația senzorială — manuală și gestuală a nevăzătorilor*, Réadaptation, 119, 1965, 14—18.
52. Glatigny, A., *L'emploi des travailleurs handicapés visuels*, Réadaptation, nr. spécial 177, febr. 1971, 25—28.
53. Grupcea, Mihai, *Rolul jocului de șah în integrarea nevăzătorilor în societate*, în Vol. *Recuperarea socioprofesională a nevăzătorilor din România*, 1977, 282—288.
54. Guillemet, S., *Timpul liber și distracțiile nevăzătorilor*, Réadaptation, 1965, 119, 31.
55. Györfy, I., *Condițiile vizuale ale aptitudinii de conducere a autovehiculelor*, Oftalmologia (Budapesta), XI, 1, 1967, 63—70.
56. Hagenmeister, U., *Leren und Lernhilfen bei behinderten Kindern und Jungendlichen*, Rehabilitation, Vol. I. Georg Theme Verlag, Suttgart, 1975, p. 71—88.
57. Harnagea, E., *Probleme actuale ale iluminatului artificial. Considerații psiho-fiziologice*, Rev. Oftalmologie, 1, (București), 1969, 1—13.
58. Hernando Pradilla — Cobos et Patricia Barrèta de Silva, *Football sur petits terrains en Colombie*, Revue des aveugles européens, 4. XXX., 1980, 14.
59. Hollier, H.—Larousse, *La réadaptation des enfants visuels: quelque problèmes d'orientation*", Réadaptation, 148, 1968, 21—22.
60. Horea, Paulina, *Rolul asistenței sociale în coperativa de invalizi „Munca"*, București, Primul Simpozion de tiflologie din România 6—7 septembrie 1975, București, Vol. lucrărilor, 257—262.
61. Houssa, P., *Zur Lehre der Rehabilitation im Kommenden Europa*, Der Internist, 12, 1971, 226—228. (Springler—Verlag, 1971).
62. Howard, A., Rusk, *Rehabilitation medicine*, Vol. I. Mosby Comp. St. Louis, 1958, și în Human Nature, ian. 1979.
63. Huges, J. P. W., Cooke, M. A., *Protection of employers with defective vision*, Brit J. Indust, Med., 1967, 28.
64. Ionescu, N., *Sistem de scriere în relief pentru nevăzători*, Elemente de adaptare a alfabetului universal braille la specificul scrierii românești. Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7 sept. 1975, București, Vol. lucrărilor, 120—127.
65. Ionescu, N., *Preocupări educaționale în vederea îmbunătățirii comportării elevilor din ultimul an de școală*, Viața nouă, 3, 1976, 11.
66. Jacques le Magnen, *Nevăzătorii și cercetarea științifică*, *Réadaptation (Paris)* 90, 1962, 34—39.
67. Jentschura, G., *Bemerkungen zum Beriff der Rehabilitation und medizinischer Sicht*, Rehabilitation, Band I. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 1—4.
68. Jerome, R. Dunham, *Blindness and Visual Impairment*, în Vol. *Disability and Rehabilitation Handbook*, Editor in Chief Robert M. Goldenson, 1978, 249—265.

69. Johansen, O., *Sport recreativ pentru nevăzători*, Acta ophtalmologica, 1964, 42, 2, 319.
70. Jung, K., *Gesetzliche Grundlagen*, 186—263 și *Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation*, în *Rehabilitation*, Band. I., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 312—319 și 246—247.
71. Jurcău, Nicolae, *Aptitudini profesionale*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1980.
72. Knapp, F., *Rehabilitation und Psychologie*, în Vol, *Rehabilitation — Praxis und Forschung*, Springer—Verlag, Berlin—Heidelberg—New-York, 1977, 16—28.
73. Lairy, C. G., Leger, M., *L'enfant déficient visuel d'âge pré-scolaire — Conseils aux parents*, Réadaptation, 148, 1968, 13—16.
74. Launay, Cl., *Socializarea deficienților vizuali: clasele de ambliopi*, Rev. Prat. (Paris) 23, 1962, 2547—2552.
75 Lazarovici, Vladimir, *Experiența noastră privind încadrarea în muncă a invalizilor și handicapaților*, în Vol. *Reinserția socio-profesională a invalizilor și handicapaților*, Ministerul Muncii și I.E.M.R.C.M., București, 1979, 62—66.
76. Lebuisson, D. A., Aron, J. J., *Les médications en ophtalmologie*, La Vie Méd. 28, 1979, 2521—2524.
77. Lecogne, L., *Calitățile și aptitudinile care trebuie dezvoltate la funcționarii nevăzători sau deficienții vizuali în școlile specializate*, Réadaptation, 119, 1965, 23—26.
78. Leția, Liana, Oancea, I., *Investigarea elevilor ambliopi de la Liceul de* nevăzători din Cluj-Napoca, Oftalmologia, 2, 1979, 111—113.
79. Lungfiel, E., *Schulisch — pädagogische Einrichtungen*, în *Rehabilitation*, Vol. I., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 303—309.
80. Marcu, I., *Instruirea diferențiată a nevăzătorilor, o necesitate*, Viața nouă, 1, 1977, 5.
81. Marcu, I., Dobrotă, M., *Aspecte sociale care constituie probleme de rezolvare în instruirea și educarea nevăzătorilor*, Buc., 1977.
82. Marcu, I., *Desenul tiflografic, factor instructiv-educativ pentru nevăzători*, Viața nouă nr. 1, 1977, 7.
83. Marcu, I., *Să cunoaștem și să folosim eficient organele de simț*, Viața nouă, 1, 1980, 5.
84. Marcu, I., *Adaptarea nevăzătorilor cu cecitate dobîndită la vîrstă înaintată la situația de deficient*, Viața nouă, 1, 1978, 14.
85. Marcu, I., *Instituții privind ocrotirea, asistența și procesul instructiv-educativ al nevăzătorilor din țara noastră*, Asociația Nevăzătorilor din R. S. România, București, 1981.
86. Marin, Fl., *Curs elementar de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă*, Litografia I.M.F., Cluj, 1973.
87. Marin, Fl., Fekete, T., *Recuperarea în diabetul zaharat*, Ed. Medicală, București, 1979.
88. Marin, Fl., Rend, Aurelia, Popa, E., *Orientarea profesională a deficienților tineri*, Clujul Medical, 2, 1975, 29.
89. Marin, Florea, As. soc. Pușcă, M., *Probleme medico-sociale la nevăzătorii Cooperativei „Munca Invalizilor"* Cluj-Napoca, USSM, 26. I. 1981.
90. Marin, Fl., Rend, Aurelia, *Oftalmoergonomia în sprijinul nevăzătorilor*, Comunicare Ses. Anuală a I.E.M.R.C.M., București, 20. IX. 1980.
91. Mateescu, I., Micu, Al., Coconeț, I., *Monografie Asociația Nevăzătorilor din Republica Socialistă România*, București, 1977.
92. E. de Maupeou, *Les amblyopes*, Réadaptation, 280, 1981, 19.
93. Maurer, M., *Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă*, Vol. I., Ed. Medicală, București, 1969.

94. Mavrodin, D., Mangoș, V., *Recuperarea nevăzătorilor pentru școlarizare, calificare, încadrare în muncă. Importanța procesului de instruire și profesionalizare a nevăzătorilor (deficienți vizuali)*, în Vol. Primul simpozion de tiflologie din România, 6—7. IX. 1975, București, 82—85.
95. Mavrodin, D., Mangoș, V., *Orientarea profesională a deficienților vizuali și eficiența lor în procesul muncii*, Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7. IX. 1975, București, Vol. lucrărilor, 209—216.
96. Mărgescu, Felicia, Stanca, Viorica, Marinescu, Irina, *Mai multe cazuri de gliom retinian în aceeași familie*, Oftalmologia, 2, 1962.
97. Málinszki, Lászlo, *Asistența socială a nevăzătorilor în R. P. Ungară*. Népegészség (Budapest), 4, 1962, 122—128.
98. Mereuță, Petre, *Unele probleme privind manualele folosite în școlile speciale de nevăzători*, Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7 IX. 1975. București, Vol. Lucrărilor, 137—147.
99. Michal, F. V., *Cercetarea unor noi profesiuni potrivite pentru nevăzători*, Ceskoslovenska oftalmologie (Praha), XVIII, 2, 1962, 150—156.
99. a. Mircea, Ștefan, *Educarea copiilor cu vedere slabă (ambliopi)*, Editura Did. și Ped., București, 1981.
100. Moldenschard, B., *Selbstgefährdung und Prämorbidität, Rehabilitation, Organisation*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959, 231—233.
101. Mosora, N., *Serinque à usage des diabetiques aveugles*, Presse Méd., 16, 1970, 757.
102. Necșulescu, Lidia, Popescu, V. H., Mangoș, V., *Integrarea socioprofesională a deficienților vizuali calificați prin învățământul profesional special și factorii ei condiționali* și *Unii factori care influențează nivelul de profesionalizare specială a deficienților vizuali*, Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7 sept. 1975, București, Vol. Lucrărilor, 202—209 și 229—234
103. Nichifor, E., Bocirnea, C., *Medicina și muzica*, Ed. Med., București, 1965.
104. Nick, Z., Nicolle, H. N., *Conducerea automobilului și insuficiența circulatorie cerebrală cronică*, Vie Méd., 24, 1973, 2955—2960.
105. Nicolle. A., *Les aveugles*, Réadaptation, 280, 1981, 17.
106. Nilsson, Bertil, *Our experiences with the Optacon*, Review of the European Blind, 4, XXX, 1980, 24.
107. Nitsch, S., *Gesprächstherapie und Entspannungsmethoden als psichotherapeutische Hilfen*, în Vol. *Rehabilitation*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 104—121.
108 North, I., Brunel, M., *Deficienții vizuali și școlaritatea*, Réadaptation, 130, 1966, 20—24.
109. Oancea, I., Păcurariu, I., *Rezultatele obținute în reeducarea ambliopiilor organice prin leziuni maculare*, Rev. Oft. (București), 2, 1973, 121.
110. Obogeanu, Emanoil, *Studii asupra complexității efectelor alergării în procesul de reeducare și recuperare a nevăzătorilor*, în Vol. *Recuperarea socioprofesională a nevăzătorilor*, Comunicare la Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7. IX. 1975, București.
111. Obogeanu, Emanoil, *Alergarea de rezistență a devenit accesibilă nevăzătorilor*, Viața nouă, 3, 1976, 23.
112. Pagenault, M., *L'intégration des élèves mal-voyant dans le second cycle du lycée: une experience de soutien*, Réadaptation, 276, 1981, 7.
113. Percek, A., *Meloterapia*. Magazin, XXIV, 1183, 14, iunie, 1980.
114. Piedefer, R., *Nevăzătorii în S.U.A.*, Réadaptation, 96, 1963, 29.
115. Poli, J. P. Delmas, R., Mazel, R., *Les borgnes dans les professions du bâtiment et des travaux publics*, Arch. Mal Prof. (Paris), 1967, 28.

116. Popescu, M., Tebeanu, Nicoleta, *Posibilități de ameliorare a funcțiilor oculare restante în diferite situații fiziopatologice*, în Vol. Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7. IX. 1975, București, 32—40.
117. Popoviciu, Mariana, Popoviciu, M. *Influența deficiențelor vizuale asupra comportamentului bolnavilor*, Oftalmologia, XVI, 2, 1972, 175—180.
118. Pufan, C., *Valoarea obiectivă și cea subiectivă a reperelor activității psihice și comportamentale la nevăzători*, Viața nouă, 3, 1977, 3.
119. Radu, P., *Reglementări speciale pe linie de stat privind munca și viața nevăzătorilor*, Primul Simpozion de tiflologie din România, 6—7—IX. 1975, București, Vol. lucrărilor, 173—182.
120. Rațiu, E., Glăvan, I. I., *Problema vederii binoculare la conducătorii de autovehicule*, Oftalmologia, XI, 1. 1967, 71—78.
121. Rânjea, Gh., *Données sur la fatigue oculaire dans l'industrie textile*, Al. VIII-lea Congres mondial de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, mai 1977, București, Vol. lucrărilor, 385.
122. Richard, Janda, *Plasarea în muncă a nevăzătorilor în Elveția*, Soziale Sicherheit, 1, 1968, 417—423.
123. Rosin, A., Platon, Maria, Gorgoș, C., Petre, Gheorghe, *Încercări pentru crearea unui indicator pentru încadrarea în producție a absolvenților ambliopi și nevăzători, pe baza gradului de invaliditate vizuală, fizică și intelectuală*, Primul Simpozion de tiflologie din România, București 6—7. IX. 1975, Vol. lucrărilor, 217—228.
124. Rosin, Aurel, Horea, Paulina, *Integrarea în muncă a nevăzătorilor la Cooperativa de invalizi „Munca"* București, Primul Simpozion de tiflologie din România., București, 6—7. IX. 1975.
125. Rosin, A., Carangiu, Elena, *Perspectivele profesionale și medicale ale tinerilor cu sindrom Marfan*, Oftalmologia, XX, I, 1976, 49.
126. Roth, Walter, *Aspecte de principiu ale selecției școlare și profesionale a deficienților vizuali*, Primul Simpozion de tiflologie din România, București, Vol. lucrărilor, 85—91.
127. Roth, Walter, *Probleme ale readaptării deficienților vizuali vîrstnici*, Viața nouă, 1977, 5.
128. Roth, Walter, *Semnificația tiflopsihologică a complexului de inferioritate*, Viața nouă, 2, 1980, 22.
129. Roth, Walter, *Helen Keller o ipostază și un triumf al condiției umane*, Viața nouă, 4, 1980, 4.
130. Roth, Walter, *Aparat electronic „Braillex"*, Viața nouă, 1, 1981, 24.
131. Roth, Walter, *Primele preocupări de tiflosurdologie din țara noastră*, Viața nouă, 1, 1981, 15.
132. Ruslem, H., Richterman, H., *Un laborator experimental (atelier protejat) pentru recuperarea nevăzătorilor*, Rehabilitation Record, SUA, iul.—aug. 1971, 20—24.
133. Samuel, Malca, *Considerații pe marginea simpozionului de la Iași*, Viața nouă, 2, 1979, 15.
134. Segal, N., Fori, I., Roșca, Elisabeta, *Problema adaptării și readaptării în muncă a muncitorilor cu vederea monoculară*, Oftalmologia, XXI, 2, 1977, 93—97.
135. Șerbănescu, Ariana, Mavrodin, D., *Cercetări privind unele locuri de muncă din industria alimentară, accesibile încadrării deficienților vizuali*, Primul Simpozion de tiflologie din România, București, 6—7. sept. 1975, Vol. lucrărilor, 248—252.
136. Șirijiță, N., *Reintegrarea socio-profesională a invalizilor și handicapaților, obiectiv unic al recuperării capacității de muncă*, în Vol. *Reintegrarea*

socio-profesională a invalizilor și handicapaților, Ministerul Muncii, IEMRCM, București, 1979.
137. Smykàl, Iosef (Brno — Cehoslovacia), — *Educația muzicală a nevăzătorilor din Cehoslovacia*, Viața nouă, 4, 1977,, 23.
138. Smykàl, Josef, *Educația preșcolară a nevăzătorilor are la bază pédagogia preconizată de Pierre Villey*, Viața nouă, 1, 1980, 11.
139. Souriau, J., *Les enfants sourds-aveugles: Aspecte scolaires et pedagogiques*, Réadaptation, 274, nov. 1980, 14.
140. Sverlov, V., Serpokpil, N., *Particularitățile încadrării în muncă a persoanelor cu infirmități oculare și a orbilor*, Soțialnoe obespecenie (Moscova), 10, 1960, 41—46.
141. Ștefan, M., Gheorghe, N., Mareș, D., *Probleme ale dezvoltării capacității vizuale ale elevilor slab-văzători*, Oftalmologia, 1, 1965, 61—69.
142. Trușcă, Elena, Marin, Marilena, *Aprecierea reliefului la monoftalmi*, Oftalmologia, 1, 1980, 32.
143. Vancea, P., Rațiu, E., Niculescu, M., Bălășel, I., *Studiul asupra deficiențelor vizuale ale elevilor școlii de ambliopi din București*. Oftalmologia (București), 1965, IX, 3, 211—217.
144. Vancea, P., *Din nou lumină*, Editura Eminescu, 1979.
145. Vancea, P., *Educarea și reabilitarea bolnavilor cu vedere subnormală*, Primul Simp. de tiflologie din România, Buc. 6—7 sept. 1975, Vol. lucrărilor, 19—25.
146. Vass, Tibor, *La IV-emme Conf. technique européene Hanovre R.F.A., du 16—18 juillet, 1980*. Revue des aveugles européens, 4, XXX, 1980, 2.
147. Vello Aurel, *Aspectul și semnul didactic în scrierea braille*, Primul Simpozion de tiflologie din România, București, 6—7, IX, 1975, Vol. lucrărilor, 127—136.
148. Venn, Edward, *Conference on Vocational Rehabilitation and Employment*, Review of the European Blind, 3, 1980, 8.
149. Verza, E., *Psihoterapia pentru nevăzători*, în Vol. Primul Simpozion de tiflologie din România, București, 6—7. IX. 1975, 43—48.
150. Whyte, L., *Un aparat cu ultrasunet în ajutorul nevăzătorilor*, Médicine et hygiène, 721, 1966, 166.
151. Windorfer, A., *Spezielle Zielsetzung bei Kindern*, în Vol. I, *Rehabilitation*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 17.
152. Zapletal, Milós, *Mică enciclopedie a jocurilor*, (traducere din limba cehă), Ed. Sport-Turism., București, 1980.
153. Zielinski, J., *Lernprozess bei Erwachsenen*, în vol. *Rehabilitation*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, 62—71.
154. Zimin, I., Boris (Citat din Anastasiu, G. —3).
155. Zolog, N., *Selecția și orientarea profesională în raport cu aptitudinile vizuale*, Oftalmologia, XI. 2, 1967, 97—104.
156. Zolog, N., *Selecțiunea și orientarea profesională în raport cu funcția vizuală*, Timișoara, 1969.
157. Xenakis, N., *Les formations ouvertes aux déficientes visuele et aveugles* Réadaptation, 220, mai 1975, 37—43.
158. * * * *Agenda medicală*, Editura Medicală, 1980.
159. * * * Analele Universității din Craiova, Seria Științe medicale. An. IV., 1979, 114.
160. * * * Criteriile de Evaluare a capacității de muncă, Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii — IEMRCM — București, 1978.
161. * * * Catalog cu locuri de muncă accesibile diferitelor categorii de deficienți, IEMRCM București, 1981.

162. * * * Ordinul M.S. nr. 371 din 12. VII. 1971, privind transformarea serviciilor de fizioterapie din spitale și policlinici în servicii de recuperare medicală și fizioterapie.
163. * * * „Service Réadaptation de l'O.N.I.S.E.P. Handicap et permis de conduire, Réadaptation, 269, avril, 1980.
164. * * * Viața Nouă, 1, 1981, 26.
165. * * * Organisation mondiale pour la promotion sociale des aveugles. *Les femmes aveugles*, Buletin nr. 68, iunie 1981.
166. * * * L'entrainement de la mobilité chez les aveugles âgés *(Walter Therton)*. Revue des aveugles europens, 4, 1982, 20.
167. * * * *Réadaptation*, Numerele din aprilie, mai, iunie, iulie, septembrie, decembrie 1983, mai 1984 și martie, mai 1985, dedicate problemelor de școlarizare, orientare profesională, inserție socială și profesională, integrare în mediu și viață a deficienților de Souriau M., Auray M., J. Savy, I. Coll, ș.a.
168. Vișan, I., Dimoftache, Elena, *Limitele, erorile și riscurile acupuncturii în oftalmologie*, Rev. Oftalmologia, 2/1982, 31.
169. * * * Ziarul România Liberă nr. 12726, 3 oct. 1985, *Noutăți în chirurgia oftamologică românească*, Interviu realizat de Rădulescu Pia cu prof. dr. M. Olteanu.

VII. OFTALMOERGONOMIA ÎN SPRIJINUL ÎNCADRĂRII ÎN MUNCĂ A DEFICIENȚILOR VIZUALI

Ergonomia (E) este o activitate medico-socială poli și interdisciplinară prin care se urmărește adaptarea științifică a muncii la posibilitățile funcționale umane. Prin E. se urmărește optimizarea și științifizarea randamentului uman, în scopul optimizării producției economice și spirituale a oamenilor (1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11). Ceea ce este nou în E., față de încercările dintotdeauna de îmbunătățire a calității muncii, este prioritatea care se acordă operatorului uman în cadrul acestui sistem ergonomic (16).

Vorbind în termeni cibernetici, E. poate fi considerată un sistem care are 3 subsisteme:

— Omul muncii care are prioritate în sistem;

— Mașinile pe care omul le manipulează, ca cel de al II-lea subsistem;

— Mediul biologic, social și fizic în care operatorul uman lucrează și trăiește, ca cel de al III-lea subsistem.

Este deci vorba de un sistem complex în care se intrică subsisteme biopsihice, mecanice, fizice și socioprofesionale.

Integrarea E. în cadrul medicinii contemporane este o necesitate. Ea răspunde unor deziderate care privesc întreaga medicină profilactică, curativă și recuperatorie.

Se vorbește de E. de proiectare (sau de concepție), de E. de corecție, de topoergonomie, de bioergonomie, de E. în diferite profesiuni sau chiar locuri de muncă, de ergonomie antropometrică, de ergonomia școlarilor, a casnicelor, de E. persoanelor valide, de E. handicapaților (8, 10) etc. Ergonomia este o activitate unitară mai ales prin finalitatea sa.

Nevoi didactice și de sistematizare, ca și unele ce izvorăsc din activitatea practică, ne obligă la prezentarea ei schematică.

Astfel, am ajuns la noțiunea de *oftalmoergonomie* care semnifică adaptarea principiilor ergonomice la funcția vizuală umană în

etapa preventivă, curativă sau de recuperare. Concomitent este absolut necesar să se obțină prin toate mijloacele posibile, o funcție vizuală cît mai înaltă. Se poate vorbi de *oftalmoergonomie* (O) preventivă, curativă și recuperatorie (11). Oftalmoergonomia are pivot central funcția vizuală alterată, în diferite grade, căreia trebuie să i se adapteze procesul de muncă în timp ce ergooftalmologia se ocupă de relațiile de muncă și organul vederii.

Oftalmoergonomia preventivă se referă la următoarele aspecte care au permanent în *vedere prioritatea operatorului uman:*

— *Cuantificarea capacității vizuale* la persoana în cauză și corectarea eventualelor deficiențe prin toate mijloacele posibile și necesare, pînă la obținerea rezultatelor maxime.

Asupra subsistemului mașini-loc de muncă se va acționa prin:

— *Organizarea și respectiv efectuarea practică* a procesului tehnologic și a activității profesionale astfel încît aceasta să nu fie obositoare pentru vedere și nici pentru organism;

— *Obiectele manipulate* în procesul de producție să nu fie prea mici pentru a nu suprasolicita vederea;

— *Iluminatul, pe cît posibil natural,* să fie uniform și suficient, 80—170 lucși (lx) în activitățile fără precizie, 171—350 lx, în cele cu precizie medie, 351—700 lx, în cele cu precizie mare (citit, desen) și peste 700 pînă la 10.000 lx, în cele ce solicită foarte mare precizie (6).

În 21 IX. 1968, Consfătuirea oftalmologică de la Galați a avut ca temă: „Probleme de patologie a organului vizual în legătură cu iluminatul industrial în diferite ramuri de activitate". Materialele Consfătuirii sînt cuprinse în nr. 1/1969 al revistei Oftalmologia București.

Problematica ergooftalmologiei este preocuparea oftalmologului E. Harnagea de la Spitalul județean Bârlad (9).

Cromatica locului de muncă trebuie să fie cât mai odihnitoare — în nici un caz suprasolicitantă — folosindu-se pe cît posibil culori pastelate; nu este recomandabil să se depășească 5 contraste de culori, la fiecare loc de muncă (5, 6);

— *Cîmpul activ de lucru (ergorama),* trebuie să fie uniform și suficient luminat, astfel încît *„cîmpul de sarcini pentru ochi"* să nu fie prea mic sau prea mare; distanța ochi-obiectul manipulat să se plaseze între 30—40 cm, altfel se suprasolicită acomodarea și pot apare tulburări de acomodare cu suprasolicitarea concomitentă a musculaturii cervico-toracice (date verificate prin studii electromiografice); trebuie ca unghiul format de orizontală și linia care unește sursa luminoasă și ochi, să fie mai mare de 30° (4);

— *Panorama*, trebuie să fie și ea cu o cromatică liniștitoare și cu o luminozitate suficientă și uniformă;

— *Mașinile* cu care se manipulează nu trebuie să aibă o viteză excesivă, pentru a nu suprasolicita capacitatea de adaptare oculară kinetică.

Mediul biopsihic și fizic în care se efectuează procesul de producție, adică subsistemul mediu, trebuie să corespundă cerințelor generale ale E.

Principiile de oftalmoergonomie solicită în mod deosebit evitarea luminozității prea vii sau a întunericului, a temperaturilor prea înalte sau prea joase (temperatura de confort se situează în jur de 18°), a prafului, a gazelor, a vaporilor iritanți. Activitatea prelungită la lumină artificială, — fluorescentă sau mixtă — necesită, spre a evita oboseala oculară și accidentele de muncă, o distribuire a iluminatului și o compoziție spectrală optimă sau cît mai apropiată luminii naturale. Protecția ochilor la locul de muncă a fost abordată la noi și de A. Rosin (15).

Observațiile oftalmoergonomice pledează ca în atelierele mici să se prefere culoarea albastră deschisă și verdele deschis, care dau o senzație de distanță și infinit, în timp ce pentru atelierele mari sînt indicate culorile: galbenă, portocalie și roșie, ce dau senzația unei reduceri a ariei atelierelor și a halelor de lucru.

În atelierele artizanale, în care se efectuează activități monotone, se preferă ca element decorativ roșul; în locurile de muncă, unde se solicită eforturi psihice (săli de operație, săli de comandă, de concert), se preferă tonurile nesaturate, pastelate cu simplificarea elementelor decorative; în halele de metalurgie și în atelierele cu mașini ce răspîndesc căldură se vor folosi culori din grupa verde și albastră, în timp ce în atelierele în care este frig se preferă culorile, din nuanțele roșului și portocaliului; în mediu cu zgomot, se utilizează culorile desaturate; în mediu uscat se utilizează albastru-verzui (culoarea apei), în mediu umed, se utilizează galben-portocaliu (culoarea nisipului) (5).

Liniștea absolută derutează nevăzătorul, zgomotul moderat în schimb îl informează de ceea ce se petrece în jurul său.

Pornind de la cunoscuta sensibilitate a organelor audio-vizuale la variate noxe și substanțe toxice, trebuie evitat zgomotul exagerat și noxele profesionale: saturnismul, oxi și sulfocarbonismul etc.

În cazul deficienților vizuali (ambliopi, nevăzători sau monoftalmi), oftalmoergonomia preventivă presupune orientarea profesională (OP) după principiile binecunoscute la noi încă din lucrările profesorului dr. Nicolae Zolog de la Timișoara (17), amplificate și actualizate în IEMRCM București de Doru Mavrodin și colaboratorii

(12). Prin OP trebuie să se urmărească depistarea și apoi valorificarea posibilităților reale de afirmare a subiectului respectiv (8, 13).

Principalul parametru vizual considerat este AV, dar trebuie urmăriți în paralel și ceilalți parametri (cîmpul vizual, simțul culorilor, capacitatea de adaptare la întuneric și lumină, fuziunea).

Respectarea regulilor de oftalmoergonomie preventivă este o importantă măsură sanogenetică. Ea reprezintă baza oricărei optimizări a activităților umane cu atît mai mult pentru deficienții vizuali sau a celor amenințați cu deficiențe vizuale cu repercusiuni asupra capacității lor de prestație.

Oftalmoergonomia curativă se referă la handicapații vizuali care constituie primul subsistem și care trebuie tratați și recuperați prin toate mijloacele posibile în epoca în care trăiesc și apoi plasați în locuri de muncă corespunzătoare capacităților lor funcționale restante. Se acționează paralel pentru suplinirea funcției vizuale deficitare, prin dezvoltarea simțului auditiv, tactil și kinestezic.

Raportul dintre AV și mărimea obiectelor manipulate este astfel prezentată de D. Mavrodin din IEMCRM (2).

Deficienții cu AV între 0,6—0,5 (5/10) nu pot diferența detaliile sub 1 mm sau obiecte la distanțe mari:

— Cei cu AV între 0,5—0,3 (5/15) nu pot diferența detalii sub 5 mm;

— Cei cu AV între 0,3—0,25 (5/20) nu pot diferența detalii sub 1 cm;

— Cei cu AV între 0,25—0,125 (5/40) nu pot diferența detaliile sub 5 m;

— Cei cu AV sub 0,10 și mai ales sub 0,05 pot efectua numai activități specific marilor ambliopi sau nevăzătorilor.

Desigur, această clasificare rămîne schematică; etiologia, sediul leziunii, prognosticul se vor lua în considerare, individualizînd astfel capacitatea de prestație vizuală a fiecărui caz.

Asupra subsistemului mașini-loc de muncă și a celui reprezentat de mediu, se acționează prin repartizarea în muncă și organizarea locurilor de muncă în așa fel încît să se realizeze o concordanță între capacitatea vizuală și solicitări, prin ameliorarea locului de muncă, ori, în caz de nevoie, prin schimbarea sa.

Cei cu discromatopsii sau acromatopsii vor folosi în locul semnalelor colorate alte metode de codare a informațiilor prin figuri geometrice sau prin iluminare de diferite intensități.

Monocularii nu trebuie admiși în locurile de muncă cu periclitare oculară, la înălțime, în subteran, siguranța circulației.

Mediul ambiant trebuie să corespundă și în cazul monocularilor principiilor oftalmoergonomice menționate.

Oftalmoergonomia recuperatorie se suprapune peste măsurile binecunoscute ale recuperării capacității de muncă a deficienților oculari:

— *Asupra subsistemului om al muncii* se acționează prin măsuri medicale recuperatorii, ce vizează creșterea restantului funcțional, adaptarea și compensarea funcțiilor deficitare, prin stimularea dezvoltării altor simțuri și prin stabilirea unor relații interumane adaptative;

— *Asupra subsistemului loc de muncă* se acționează prin organizarea acestuia, astfel încît să rămînă accesibil deficienților vizuali: se folosesc șublere în relief, ceasornice, aparate de măsurat; omul potrivit să fie plasat la loc potrivit, adică la un loc ce corespunde posibilităților sale de prestație (6, 7, 14);

— *Asupra subsistemului mediu de muncă* se acționează multilateral: obiectele de manipulat se așază într-o anumită și strictă ordine, în funcție de procesul tehnologic, în scopul orientării și direcționării deplasării se montează ace, sfori, frînghii cu noduri, anumite repere sau opritori, care sînt plasate în cadrul secției în care se lucrează sau pe o arie și mai extinsă, obiective care se realizează concret în cadrul cooperativelor create pentru marii ambliopi și nevăzători.

Observațiile privitoare la creșterea productivității muncii în condițiile unui iluminat fiziologic sînt multiple. Această creștere se evaluează la 15 pînă la 20% (3, 7, ș.a.) și se datorește atît adaptării percepției vizuale cît și reducerii oboselii vizuale și generale (în special psihice).

Iluminatul fiziologic conduce și la scăderea accidentelor de muncă, după unele observații, în anumite locuri, pînă la 40%, față de situația unui iluminat deficitar (7). Diminuarea rebuturilor este o consecință firească, demonstrată peste tot acolo unde s-au urmărit efectele aplicării principiilor oftalmoergonomice de muncă. Reducerea semnificativă a oboselii oculare a fost de asemenea confirmată prin urmărirea frecvenței critice de fuziune.

Aplicarea principiilor de oftalmoergonomie în activitatea și viața oamenilor muncii constituie un important mijloc sanogenetic, sub aspectul prevenirii acționării factorilor de risc și îmbolnăvirilor oculare.

La deficienții vizuali (ambliopi, nevăzători și monoculari), respectarea principiilor de oftalmoergonomie constituie baza recuperării acestora pentru obținerea și menținerea celui mai potrivit loc de muncă și realizarea de multiple satisfacții care să le asigure o condiție umană similară cu a oamenilor muncii valizi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anghelescu, V., *Elemente de ergonomie aplicată*, Ed. Pol., Buc., 1971.
2. Baciu, I., Drăgan, I., Derevenco, P., Don. Felicia, Rusu Victor, Oprea Marin, Rus Petre, Morar Augustin, *Ergonomie, Aplicații și Perspective*, Cluj, 1973, p. 11—22.
3. Berlogea, O., Krasnaseschi, Revista Învățămîntului Superior, 1, 1968, 7—16.
4. Carapancea, M., *Informația funcțională oculară în cadrul procesului complex de muncă*, Fiziol. norm. și patol., 1970, 3, 193—200.
5. Cernea, P., Constantin Florica, *Vederea culorilor*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1977.
6. David, M., Popescu, M., Cristina, V., Ștefan, M., *Considerații asupra posibilităților de explorare funcțională a ochiului și ergooftalmologie*, Fiziologie norm. și patologică, 6, 1971, 403.
7. Grandjean, E., *Principii de ergonomie*, (traducere) Capitolul „Lumină și culori", Ed. Științifică, București, 1972, 151—190.
8. Gulan, Elena, *Rolul studiilor de ergonomie în inserția profesională a deficienților efectuată la IEMCRM București, Laboratorul de ergonomie*, Comunicare la Consfătuirea „Ergonomia și reintegrarea socioprofesională a handicapaților", București. IEMCRM, 27.IX.1980.
9. Harnagea, E., *Actualități în ergooftalmologie*, Oftalmologia, 1, 1978, 7.
10. Marin, Fl., *Pentru lărgirea preocupărilor ergonomice la persoanele handicapate*, în Vol. *Ergonomie, Aplicații, Perspective*, Cluj-Napoca, 1975, 144—148.
11. Marin, Florea, Rend. Aurelia, *Oftalmoergonomia în sprijinul deficienților vizuali*, Com. la Consf. „Ergonomia și reintegrarea socioprofesională a handicapaților", București IEMRCM, 27.IX.1980.
12. Mavrodin, D., *Scrisoare metodologică IEMRCM*, București 1972.
13. Maurer, M., *Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă*, Vol. *I*, Ed. Medicală, București, 1967, 220—224.
14. Popescu, El., ing. Mirea, M., Iosif, Gh., Ene, P., Cristian, G., *Ghid ergonomic*, Ed. Dacia, Cluj, 1972, 7—19.
15. Rosin, A., *Cum protejăm ochii la locul de muncă*, Viața Nouă, 4, 1979, 13.
16. Sirijiță, N., *Prelegeri, IEMRCM*, București, 1973.
17. Zolog, N., *Selecția și orientarea profesională în raport cu funcțiile vizuale*, Timișoara, 1969.

VIII. DIN CONFESIUNILE UNOR NEVĂZĂTORI

VIII.1. GINDURI DE IERI, GINDURI DE AZI

„Era în vara anului 1937 cînd mama şi tata erau fericiţi că au adus pe lume un băiat căruia i-au dat numele Mihai. Frămîntările social-politice din ţara noastră şi din întreaga lume impuneau concentrări masive de oameni printre care, în anul 1939, este mobilizat şi concentrat şi tatăl meu. În anul 1944 el vine acasă într-o permisie de numai 5 zile. Atunci abia mi-am văzut şi cunoscut tatăl, dar războiul necruţător de oameni i-a pus capăt zilelor rămînînd cu toţii cu o adîncă durere în suflet.

Războiul, care este izvor de nesfîrşite dezastre, au obligat-o pe mama şi pe cei 4 copii ai săi la drumeţie prin ţară unde, pînă în cele din urmă, s-a aşezat în frumoasa comună de pe malul Mureşului, comuna Periam. Aici, am început şcoala elementară urmînd prima clasă, iar cînd am început clasa a II-a mi s-a întîmplat tragicul accident, determinat de o explozie de grenadă găsită pe cîmp, care m-a lăsat fără vederea ambilor ochi pe toată durata vieţii mele. Din această clipă pentru mine a început o nouă viaţă pe care o voi cunoaşte şi simţi din plin de-a lungul anilor spre maturizare. La vîrsta de 8 ani şi jumătate am pierdut ceea ce este cel mai scump omului: vederea.

Mama, văzînd această tristă situaţie s-a gîndit, la îndemnul altora, să mă trimită la şcoala de orbi din Cluj. Era în anul 1946. Aici, a început pentru mine lupta crîncenă de formare, creştere şi educare spre a deveni util societăţii. Această luptă se dădea pe două căi: pe de o parte, golul rămas în inima mea prin despărţirea de cei dragi, iar pe cealaltă parte, lupta cu veşnicul întuneric. Îmi amintesc cu emoţie de acel an, de felul cum am fost primit de copiii care se găseau în şcoală, de diferite vîrste (mai mici, mai mari). De asemenea, îmi amintesc de dragostea şi căldura cu care am fost întîmpinat de viitorii mei dascăli. La început mi-a fost foarte greu pentru faptul că nu ştiam să fac un pas singur, îmi trebuia o altă persoană cu resturi de vedere să mă însoţească peste tot pînă cînd am învăţat topografia întregii clădiri. De asemenea, mi-a fost extrem de greu să învăţ scrisul braille, scris ce nu-l poţi citi decît cu ajutorul degetelor de la mîini, deci trebuie să ai un simţ tactil foarte receptiv şi dezvoltat. Cînd am luat contact pentru prima oară

cu abecedarul de clasa I am avut senzaţia că nu voi învăţa niciodată acel citit braille, dar după o perioadă de acomodare, am reuşit să citesc şi să scriu. În acea vreme, mai bine zis pînă în anul 1951, legătura cu oraşul şi cu oamenii din afară a fost minimă, aproape inexistentă, un lucru atît de important şi de util pentru nevăzători, în general. Am spus anul 1951, pentru faptul că după terminarea a 5 clase aici la Cluj, la vîrsta de 14 ani, am fost transferat la Şcoala profesională din Bucureşti, cu durata de 3 ani, iar după terminare am revenit la Cluj, unde m-am angajat, în anul 1954, la cooperativa „Munca Invalizilor", unde lucrez şi în prezent în calitate de cusător de perii.

Cu fiecare an ce trecea, încă de pe băncile şcolii, îmi puneam firească întrebare: „ce voi face cînd voi fi mare? unde voi lucra? ce şi cît voi putea cîştiga?". La aceste întrebări, timpul a dat cel mai bun răspuns. Ca primă condiţie pentru un orb, atunci cînd iese de pe băncile şcolii, este absolut necesar să ştie şi să înveţe mai întîi de toate: topografia oraşului, pentru a se putea orienta în spaţiu, mai ales locurile de care are nevoie zilnic. O bună orientare în spaţiu necesită un simţ auditiv cît mai dezvoltat şi cît mai perfect pentru că el este organul principal ce înlocuieşte vederea.

Totodată, după părerea mea, încălţămintea cu talpă de piele şi toc de piele joacă un rol însemnat în orientarea în spaţiu, pentru că atunci cînd păşeşti, sunetul se transformă în ecou şi se pot depista mai uşor obstacolele pe care le ai în faţă. Duşmanul cel mai mare al nevăzătorului este zgomotul, indiferent de natura lui. Atunci cînd merg pe stradă, în special singuri, sistemul nervos este foarte solicitat, ceea ce atrage după sine oboseală, uneori de-a dreptul extenuantă. Solicitarea sistemului nervos este o realitate absolută şi la locul de muncă unde, în permanenţă, nevăzătorul trebuie să fie foarte atent la tot ceea ce se produce în jur, atrăgînd bineînţeles, cu anii, o stare de agitaţie şi nervozitate.

Dacă factorii competenţi, care răspund direct de formarea, creşterea şi educarea nevăzătorilor, ar depista, pe lîngă meseriile clasice, cum ar fi: confecţionarea de perii, coşuri, mături, şi alte noi profesii, în alte domenii de activitate, s-ar reuşi, în acest fel, nu numai încadrarea în muncă a tuturor nevăzătorilor dar şi contactul permanent al acestora cu societatea, fapt ce ar juca un rol hotărîtor în viaţa unui nevăzător.

Este important ca nevăzătorii să cunoască realitatea zilelor în care trăiesc, precum şi concepţia despre lume şi viaţă din epoca lor, deoarece în acest fel se diminuă sentimentul de izolare care este deosebit de dăunător. Desigur că nu numai munca joacă un rol important în viaţa oamenilor, ea fiind secondată de alte forme educaţionale pentru om aşa, cum ar fi munca cultural-educativă, precum şi cea sportivă. Prin intermediul presei, radioului, televiziunii, se creează permanent baza de contact cu tot ceea ce se petrece la noi şi peste hotare.

Nevăzătorul dorește să cunoască și să citească cît mai mult. Și la acest capitol, nevăzătorii sînt deficitari, căci fără ajutorul semenului nostru văzător nu pot citi ceea ce ar dori. Contactul cu societatea este absolut necesar. Munca de autodidact constituie izvorul permanent al formării caracterului psihologic, punîndu-se astfel o bază sănătoasă structurării sale ca om. Spuneam că, pe lîngă munca cultural-educativă, o preocupare importantă este sportul, cum ar fi: șahul, popicele, gimnastica, atletismul și, bineînțeles, nelipsita mișcare, mersul pe jos, vital pentru orice om. Între ramurile sportive enunțate mai sus, după opinia mea, cel care se poate practica de către nevăzători, de la egal la egal cu persoanele văzătoare, este șahul, un sport ce solicită permanent gîndirea și contribuie la formarea unei judecăți sănătoase, într-un cuvînt este un sport al minții.

Mi-a plăcut acest sport foarte mult și l-am învățat încă de la vîrsta de 10 ani, pe cînd eram elev la Școala de orbi din Cluj, cu ajutorul profesorului Fr. Cori. De atunci însă au trecut ani mulți și între timp am participat la foarte, foarte multe competiții pe plan local, național și chiar pe plan internațional. Am avut deosebita șansă și plăcere de a face parte din echipa națională de șah, reprezentînd, alături de profesorii Viorel Crăciun, Valer Damian și colegul meu Teodor Lepădatu, culorile Asociației Nevăzătorilor din R.S.R. Am reușit astfel să vizitez Cehoslovacia, Anglia, Jugoslavia, R. D. Germană și Finlanda, țări în care am putut lua contact cu ceilalți nevăzători, cu munca, viața și preocupările lor.

După cum este firesc, în activitatea sa fizică, omul simte nevoia de a-și forma relații în cercuri mai restrînse, mai intime, pentru a putea împărtăși unele preocupări, gînduri sau sentimente cum ar fi: iubirea, dragostea etc. Aceste două sentimente se leagă de cei ce-ți sînt dragi, ba mai mult, se leagă de ființa ce-ți e dragă, formîndu-ți astfel un cămin atît de dorit de orice tînăr în viața sa. La noi — nevăzătorii — închegarea unui astfel de cămin este mai dificilă. Cu mare grijă trebuie să-ți alegi persoana cu care dorești să conviețuiești pînă la sfîrșitul vieții.

Ca o condiție esențială în această alegere rămîne caracterul și psihicul omului căci de aceste două elemente avem foarte mare nevoie; ele conținînd baza desfășurării vieții de zi cu zi prin sinceritate, dragoste și atașament. Tinerii căsătoriți sînt dornici de a avea copii, unii mai mulți, alții mai puțini, dar în general, unul sau doi, după cum și familiile de văzători au în medie cam tot atîția. Motivul că nu au mai mulți copii este de ordin material, plecînd de la faptul că în viață, omul întîmpină și greutăți. Nu este însă suficient să ai copii, trebuie să te ocupi de ei pentru a le da, pe măsură ce cresc, o educație cît mai sănătoasă pentru ca atunci cînd ajung maturi, să te bucuri și să fi convins că sînt utili societății".

Cluj-Napoca, noiembrie 1980.

Mihai Irimie

VIII.2. Confesiuni

„Un zgomot puternic și o lumină deosebit de strălucitoare a constituit pentru mine ultima impresie a ceea ce se cheamă senzație de lumină.

Abia în spital, la Slatina, m-am trezit la realitate și am putut relata ceea ce-mi aminteam asupra accidentului: explozia unui proiectil ce mă rănise. Nu eram impresionat de durerile fizice, deși aveam leziuni grave, fiind copleșit de starea de întuneric în care mă găseam, fiind pansat la ochi. Îngrijorarea celor din jur și unele cuvinte pronunțate de aceștia ca: „oare va rămîne orb?, oare nu se poate face nimic"?, mă nelinișteau. După cîteva zile, am început să mă acomodez cu situația, să mă ridic din pat și să fac primele mișcări și deplasări, la început cu frică și emoție, apoi cu tot mai mult curaj.

După doi ani de la accident, la vîrsta de 8 ani, părinții m-au înscris la Școala de orbi din București. Acolo, între alți copii, asemenea ca vîrstă și infirmitate, viața mea a intrat în „normal", adică nu mă vedeam pe mine o excepție, doar cînd ieșeam în oraș sau cînd mergeam acasă în vacanță, unde liniștea mea era tulburată de unele expresii a celor din jur, care se refereau la situația mea de nevăzător și care făceau să-mi dau seama că, sub aspectul acesta al vederii, nu sînt ca ceilalți oameni, fapt care mă va urmări toată viața, dar prin obișnuință, efectul este mai puțin demoralizator.

În școală, pe lîngă cultura generală, mi-am însușit și meseriile de perier și cea de confecționat mături, astfel că, la terminarea acesteia, în vara anului 1953, am fost încadrat în muncă la actuala cooperativă „Munca Invalizilor" din Cluj-Napoca, unde am practicat ambele meserii învățate.

Speranța într-o schimbare a situației prin recăpătarea, măcar parțială, a vederii, nu m-a părăsit nici o clipă, ea fiind alimentată uneori chiar de medicii care continuau să mă încurajeze. Am ajuns în cele din urmă, împreună cu prietenul Ștefan Ristoi, accidentat în război, la prof. dr. I. Păcurariu, pe care l-am rugat să ne spună realitatea asupra situației noastre. Ne-a spus: „văd că sînteți băieți curajoși, vă recomand să nu vă mai pierdeți vremea pe la medici deoarece ochii voștri, în situația în care se prezintă, nu mai pot fi ajutați". Acest adevăr crud, dar curat, rostit de o asemenea autoritate medicală, m-a ajutat să închei pentru totdeauna preocuparea cu privire la recîștigarea vederii și să înfrunt viața, așa cum mi se prezintă ea. Am înțeles atunci, mai bine ca oricînd, îndemnul versurilor marelui nostru poet George Coșbuc, pe care le știam din școală:

„O luptă-i viața, deci te luptă,
Cu dragoste de ea, cu dor..."

Activitatea pe linie profesională mi-a oferit mari satisfacții.

Dorința mea de independență, de a-mi cîștiga singur existența, mi-a readus bucuria de a trăi. Încă de la început, am obținut rezultate frumoase în producție, iar cu banii cîștigați mi-am cumpărat un aparat de radio, un ceas și un acordeon. *Nu se poate aprecia destul importanța pe care o are*

munca pentru un nevăzător. Ea îl scutește de a se mai gîndi la invaliditatea sa, îi ridică prestigiul în fața semenilor săi, îi oferă singurul mijloc onest de a-și cîștiga independența socială. Asociația Nevăzătorilor, al cărui membru sînt, mi-a oferit posibilitatea afirmării și pe linie cultural-sportivă în: gimnastică, atletism, șah. Acest din urmă sport, îl practic și în prezent.

Conștient că mă pot întreține pe mine și că aș putea întreține și pe alții, am dat curs viselor mele, de a mă căsători. Aveam colege nevăzătoare bune, harnice, știam că se efectuează căsătorii între nevăzători, dar nu puteam neglija importanța pe care o are vederea în viața omului. Eram conștient că pretenția mea este mare și greu de realizat și tocmai de aceea, bucuria mea a fost nemărginită cînd Maria, actuala mea soție, care lucra ca văzătoare în aceeași cooperativă la o mașină de cusut, a acceptat să-mi fie tovarășă de viață. Acea zi de mai a anului 1959 o consider a doua mea zi de naștere, ziua cînd mi-am recăpătat jumătate din vedere. De atunci am cu cine citi, are cine mă informa asupra lumii înconjurătoare, am cu cine să mă deplasez, fără riscurile de pînă acum, am cu cine împărți bucuriile și necazurile inerente vieții. Eforturile și realizările mele atît în muncă — unde mă străduiam să realizez venituri cît mai mari —, cît și în gospodărie, unde încercam să-mi ajut soția în toate, îmi dădeau satisfacții și curaj. Între timp, m-am încadrat la tipografia Școlii speciale de nevăzători din Cluj-Napoca, unde lucrez ca tipograf și în prezent. Nu găsesc cuvinte prin care să apreciez tot ce a făcut și face pentru mine aceea care-mi este soție și mamă a celor 4 copii ai noștri. Cum m-aș putea considera orb cînd 4 perechi de ochi frumoși alături de cei ai soției, sînt lîngă mine și-mi stau într-ajutor?...

Am fost și sînt alături de Maria în îngrijirea și educarea copiilor. M-am străduit ca aceștia să nu simtă că au un tată nevăzător. Le cunosc la fiecare calitățile și lipsurile. Cît erau mici îi ajutam la spălat și îmbrăcat. Știam unde-și pune sau aruncă fiecare lucrurile și le găseau exact acolo unde le indicam eu. Pipăindu-i din creștet pînă la ghete, le verificam ținuta, ori de cîte ori ieșeau din casă. Din apartament, sesizam glasurile lor printre ale celorlalți copii cu care se jucau în curte și interveneam atunci cînd era cazul. Spre a le putea fi de ajutor în timpul școlarizării — și nu atît pentru a face studii medii — am urmat liceul seral, luîndu-mi examenul de bacalaureat. De asemenea, am urmat școala populară de artă, unde am învățat să cînt la acordeon.

Copiii țin la mine, mă respectă, învață bine. Cei mai mari, Nelu și Puiu, sînt acum la armată după ce au reușit la examenul de admitere la facultate. De mici le-am cultivat dragostea față de oameni și față de natură. I-am luat în multe drumeții, pe jos. La început, făceam plimbări la Făget, Hoia, apoi la Cheile Turzii, satul Ghiriș, Munții Apuseni, Muntele Retezat, în Bucegi, Făgăraș și am parcurs, tot pe jos, Transfăgărășanul. Cineva într-o asemenea ocazie, văzîndu-mă pansat la un picior, a făcut observație băieților, de ce „mă cară cu ei". I-am răspuns că de fapt eu îi port cu mine, altfel, poate

că singuri nu ar fi venit pînă aici. Pe creasta muntelui, unde poteca era îngustă, unul din băieți mergea în față, iar eu în urma lui. Mișcarea în aer curat îmi face bine, iar băieții, serviți de ochii lor ageri, mă informează de tot ceea ce văd și eu mă bucur, alături de ei, de frumusețile naturii.

Problemele și grijile familiei sînt multe, soția, tot mai suferindă în ultimul timp, mă îngrijorează și mă face să simt tot mai mult utilitatea mea în sînul familiei. Preocupările și grijile zilnice mă ajută să nu mai am timp să mă gîndesc la propria infirmitate, deși de multe ori am fost silit să-mi spun în gînd: „dacă aș vedea, acum măcar în clipa asta, ce ușor m-aș descurca"... Am putut face față vieții și mă consider un om fericit, fapt ce se datorește în mare măsură muncii pe care o desfășor. Realizez retribuții satisfăcătoare pentru întreținerea mea și a familiei mele compusă din 6 persoane. Apreciez cu recunoștință grija statului care, prin Legea 57/1974, dă posibilitatea ca nevăzătorii să fie retribuiți în muncă cu un spor de 35% față de colegii văzători. Ar fi bine ca, printr-o mai mare bunăvoință a organelor de decizie, să se ușureze încadrarea în muncă a oricărui nevăzător care este capabil să muncească. Viața modernă poate determina uneori o înstrăinare între oameni, îi face mai puțin sensibili la necazurile altora, așa se explică faptul că unii conducători de unități, în care ar putea lucra nevăzătorii, nu-i încadrează pe aceștia decît după multe intervenții și insistențe, atît din partea lor cît și a Direcției Muncii și a Asociației Nevăzătorilor.

Posibilitatea care se acordă nevăzătorilor de a realiza venituri mai mari în condițiile de cumul al pensiei cu retribuția lunară, le dă acestora prestanță în familie și în societate. Nimic nu-l face pe un nevăzător să sufere mai mult decît dacă i se amintește sau i se impută infirmitatea, cu atît mai mult cînd se manifestă tendința de a-i aminti că nu este asemeni celorlalți, că este un dependent social. Ne doare cînd un cunoscut trece pe lîngă noi și nu ne agrăiește, profitînd de faptul că nu-l vedem, deși noi poate că i-am identificat prezența.

Dată fiind importanța pentru nevăzători a aparaturii auxiliare în scopul informării, instruirii și orientării spațiale, ar fi bine ca aceasta să se poată procura, cu mai multă ușurință. De asemenea, dorim să se procure mai ușor mașinile de scris în negru sau în braille, mașinile de citit din scrierea obișnuită (Optacon), magnetofoanele, casetofoanele pentru imprimări sau pentru audierea cărților vorbite, aparatură pentru orientare ș.a. așa cum se obțin, prin asociație, ceasurile speciale pentru nevăzători.

Noi cei nevăzători ne străduim să facem tot ce putem pentru a fi cît mai utili societății, pentru ca invaliditatea noastră să nu deranjeze prea mult viața celor din jur. Efortul pe care-l depunem în această direcție este deosebit de intens. Din clipa în care ne-am ridicat din pat pentru a începe o nouă zi și pînă seara la culcare, atenția ne este mereu trează, iar organele de simț sînt încordate la maximum. Oboseala, mai ales cea psihică, produsă de continua încordare, teama de necunoscut, obstacolele ce apar în deplasare, mai ales pe

străzile din ce în ce mai aglomerate (încărcate cu tot felul de obiecte imprevizibile), atenția încordată în timpul muncii, au ca rezultat un consum sporit de energie fizică și psihică, nu totdeauna vizibile. Acestea și altele, sînt considerente pe care le are în vedere conducerea statului nostru în atenția pe care ne-o acordă și pentru care îi sîntem recunoscători".

Cluj-Napoca, ianuarie 1981.

Ion Furtună

VIII.3. „Sînt soție de nevăzător"

„La vîrsta de 13 ani eram internată în Spitalul de copii, Secția chirurgie, cu diagnosticul de coxită t.b.c. Cu toate că eram grav bolnavă aveam speranță în vindecarea bolii mele, nutream gînduri de viitor și chiar de căsătorie. Mărturisesc cu toată sinceritatea, că visam în gîndurile mele de viitor că mă voi căsători cu un bărbat infirm și mai bătrîn decît mine, și o să am cu el doi copii. La toate acestea mă gîndeam pentru că eu știam că voi rămîne cu infirmitate și doream să fiu iubită de acel soț. Așa copil cum eram mă gîndeam, mă frămîntam, cum să devin o soție și o mamă bună.

După doi ani și zece luni de tratament în Spitalul de copii din Cluj, am fost transferată la Sanatoriul anti- t.b.c. Agigea, unde mi-am refăcut sănătatea. Nu pot trece mai departe fără să aduc mii de mulțumiri statului nostru socialist pentru marea grijă pe care a purtat-o și o poartă și acum copiilor bolnavi și infirmi.

După încă doi ani de tratament, am ajuns să umblu din nou pe picioarele mele. Între timp am absolvit și școala elementară. Bucuria întoarcerii acasă nu se poate exprima nici în scris, nici în cuvinte. După un an de la vindecare m-am angajat la cooperativa „Munca Invalizilor" din Cluj. Aici mă străduiam să fiu o muncitoare bună în special să am o comportare frumoasă. Eram colegă cu mulți nevăzători. Cînd i-am văzut prima dată, am fost foarte curioasă să-i urmăresc cum lucrează și cum se descurcă în viață. Intram în sala lor de lucru și îi priveam cum lucrează. De la început m-a impresionat hărnicia, ordinea și disciplina la locul lor de muncă. M-a uimit inteligența lor. Unul dintre acești colegi, după trei ani, mi-a devenit drag și apoi soț. Gîndurile mele de copil și-au găsit împlinirea. Cînd am hotărît căsătoria toți cei dragi din familia mea s-au împotrivit, neavînd încredere în viabilitatea căsătoriei noastre. Iubirea dintre noi era însă tot mai mare, și am urgentat căsătoria. Fiind căsătoriți, eram atît de fericiți încît nu ne păsa de nimeni și de nimic. În primul an de căsătorie am avut primul copil. Atunci am crezut că toată lumea este a noastră.

În iubirea noastră era cuprins și acel băiețel pentru care eram în stare să facem orice sacrificiu. Familia mă preocupa atît de mult încît aproape că

uitasem complet de infirmitățile noastre. În al doilea an a venit și cel de al doilea băiat. Acum, că lucrurile s-au complicat, pentru mine a fost mai greu. Soțul meu se străduia să mă ajute cît putea el mai mult, ca să nu-mi fie prea greu. Veți crede oare că acest soț nevăzător nu mă lăsa noaptea să mă scol la copii? Se scula el, îi schimba, le încălzea laptele, pregătit de mine, de seara, și le dădea de mîncare. A venit și al treilea copil, iar cu aceasta s-au ivit o serie de greutăți legate mai ales de deplasarea pentru aprovizionare. Soțul trebuia condus, iar pe mine mă opreau copiii, cît timp au fost mici. Pe măsură ce copiii au crescut, soțul îi conducea la școală, iar eu mă bucuram, și-mi făceam treburile casei.

„Pentru mine și copiii noștri, soțul meu nu mai era nevăzător; el, tatăl, vedea și rezolva problemele prin vederea mea și a copiilor. Acum am împlinit 22 de ani de căsătorie și avem 4 băieți".

Îmi amintesc cu atîta drag de copii, ei nu eveau nici 2 ani și vroiau ca tatăl lor să vadă ceva; îi luau mîna și o puneau pe obiectul pe care trebuia să-l vadă și erau liniștiți că tata a văzut.

„Acest soț nevăzător atîta m-a ajutat în căsnicie, și atît m-a menajat încît nu eu i-am fost de ajutor, ci el mi-a fost mai mult mie".

„În ce privește educarea copiilor, soțul are un rol foarte mare; i-a ajutat în școală, i-a învățat să facă sport, să facă drumeție, astfel ca timpul lor să fie plin, pregătindu-i pentru viitorul lor".

„Acum băieții noștri au devenit flăcăi, au drumuri și preocupări independente, iar soțul meu a rămas să fie condus mai mult de mine. Problema condusului este deosebit de importantă; noi n-am lăsat ca soțul să umble singur".

Din păcate în urma unui accident am din nou un mers foarte greoi și nu-l mai pot conduce ca în trecut..."

Cluj-Napoca, februarie 1981. Maria Furtună

Situația copiilor soților Furtună este astăzi (1985) următoarea; Ion este student în ultimul an — seral — la Facultatea de electronică; Vasile, sculptor la București, Marius, a absolvit liceul și este în stagiu militar, iar mezinul, Marian, este elev în clasa a V-a.

Copiii soților Irimie sînt ambii încadrați în producție ca muncitori calificați.

BIBLIOTECA JUDEȚEANĂ „GH. ASACHI" IAȘI

Cuprinsul

VOLUMULUI II. PARTEA SPECIALĂ

I. RECUPERAREA BOLNAVILOR CU SCĂDEREA ACUITĂȚII VIZUALE

I.1. *Recuperarea bolnavilor cu afecțiuni ale anexelor globului ocular : pleoape, aparatul lacrimal, orbită și conjunctivă* . . . . . .

I.1.1. Bolile pleoapelor . . . . . .
I.1.2. Bolile aparatului lacrimal (glandele lacrimale și căile lacrimale)
I.1.3. Bolile orbitei . . . . . .
I.1.4. Bolile conjuctivei . . . . . .

I.2. *Recuperarea bolnavilor cu afecțiuni ale polului anterior ale globului ocular*

I.2.1. Sclera . . . . . .
I.2.2. Corneea . . . . . .
I.2.3. Uveea . . . . . .
I.2.3.1. Irisul . . . . . .
I.2.3.2. Corpul ciliar . . . . . .
I.2.3.3. Coroida . . . . . .
I.2.4. Pupila . . . . . .
I.2.5. Corpus vitros . . . . . .
I.2.6. Recuperarea bolnavilor cu afecțiuni ale cristalinului . . . . .
I.2.6.1. Cataracta . . . . . .
I.2.6.2. Deplasările cristalinului . . . . . .
I.2.6.3. Afachia . . . . . .

I.3. *Recuperarea bolnavilor cu afecțiuni ale polului posterior al globului ocular*

I.3.1. Retina . . . . . .
I.3.2. Nervul optic . . . . . .

I.4. *Recuperarea bolnavilor cu accidente oculare* . . . . . .

I.4.1. Introducere . . . . . .
I.4.2. Accidentele de muncă . . . . . .
I.4.3. Accidente în afară de muncă . . . . . .
I.4.3.1. Accidentele de circulație cu interesare oculară . . . . .

I.4.3.2. Accidentele la copii . . . . . .
I.4.3.3. Accidentele sportivilor . . . . . .
I.4.3.4. Traumatismele oculare . . . . . .
I.4.3.4.1. Deplasări în masă ale globului . . . . . .
I.4.3.4.2. Contuzii ale globului: sindromul traumatic anterior și cel posterior . . . . . .
I.4.3.4.3. Plăgi ale globului ocular cu și fără retenție de corpi străini . . . . . .
I.4.3.4.4. Dezlipirile de retină posttraumatice; traumatismele nervului optic, deficite optice în traumatismele craniene . . . . . .
I.4.3.4.5. Traumatismele oculare, prin agenți fizici și chimici (arsurile); leziunile oculare actinice, prin electricitate și cele produse de flacără atomică
I.4.3.4.6. Leziunile traumatice ale anexelor: pleoape, conjunctivă, aparat lacrimal, orbită, musculară extrinsecă . . . . . .
I.4.3.4.7. Ablația globului ocular. Deficienții monoftalmi
I.4.4. Accidentele oculare provocate de medicamente . . . . . .
I.4.5. Evaluarea capacității de muncă la subiecții cu accidente oculare
I.4.6. Recuperarea capacității de muncă la bolnavii cu accidente oculare . . . . . .
I.5. *Noxele profesionale oculare și iluminatul la locul de muncă* . . . . .
I.6. *Recuperarea bolnavilor cu tulburări de refracție (ametropiile)* . . .
I.6.1. Miopia . . . . . .
I.6.2. Hipermetropia . . . . . .
I.6.3. Astigmatismul . . . . . .
I.6.4. Anizometria . . . . . .
I.7. *Recuperarea bolnavilor cu glaucom* . . . . . .
II. RECUPERAREA DEFICIENȚILOR CU MODIFICĂRI ALE CÎMPULUI VIZUAL . . . . . .
III. RECUPERAREA DEFICIENȚILOR OCULARI CU TULBURĂRI DE ACOMODARE LA LUMINĂ ȘI ÎNTUNERIC . . . . . .
IV. RECUPERAREA DEFICIENȚILOR CU TULBURĂRI ALE VEDERII BINOCULARE . . . . . .
IV.1. *Strabismele* . . . . . .

IV.2. *Strabismul concomitent* . . . . . .
IV.3. *Diplopiile; paraliziile oculo-motorii* . . . . . .
V. RECUPERAREA DEFICIENȚILOR OCULARI CU TULBURĂRI ÎN RECUNOAȘTEREA CULORILOR . . . . . .